

Å ha ansvaret for små barn som skader seg selv.

En undersøkelse av foreldres forståelser og råd,
slik det kommer til uttrykk på nettfora

Stine Møthe



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2012

Sammendrag

Forfatter: Stine Møthe

Tittel: Foreldre til små barn som skader seg selv

Undertittel: En undersøkelse av deres forståelse og råd slik det kommer til uttrykk på nettforum

Veileder: Agnes Andenæs

Denne hovedoppgaven omhandler foreldres forståelse av barn som selvskader og de rådene de gir hverandre, slik det kommer til uttrykk på nettfora. Studien er basert på 18 diskusjonsfora der foreldre skriver innlegg om barn som selvskader. Forumene er hentet fra både norske og engelskspråklige nettsider. Resultatene viser at foreldrene utviser en rekke ulike forståelsesmåter når det kommer til små barns selvskading. Forståelsene ser ut til å ha paralleller i utviklingspsykologisk teori, men ser ikke ut til å ta hensyn til noen vesentlige utviklingspsykologiske prinsipper som gjensidighet i påvirkningen mellom miljø og individ. Resultatene viser også at foreldrene gir hverandre en rekke ulike råd i forhold til hvordan de kan håndtere selvskading hos små barn. Rådene baserer seg ofte på en begrenset innsikt i årsaksforholdene til selvskadingen, og er preget av en generalisering der det ikke tas høyde for at det samme symptomet kan ha ulik etiologi, og dermed også må håndteres ulikt. Det foreligger lite forskning på foreldreforståelse av selvskading, og denne studien ønsker å bidra til å utvide dette feltet. For psykologer kan det være nyttig å vite hva som er kulturelt vanlige forståelsesmåter av selvskading for å på best mulig måte kunne hjelpe disse familiene.

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
Teoretisk og empirisk bakgrunn	3
Selvskading	3
<i>Utbredelse av selvskading</i>	4
<i>Årsaker og funksjon ved selvskading hos små barn</i>	5
<i>Årsaker og funksjoner ved selvskading hos ungdom og voksne</i>	6
Foreldres forståelsesmåter av barn	8
Helsehjelp og nettsamfunn	10
<i>Nettsamfunn og selvhjelpsgrupper</i>	11
Fremgangsmåte	12
Design	12
Valg av metode for innsamling av empirisk materiale	13
Prosedyre	15
Analyse	16
Pålitelighet og gyldighet	17
Etikk	19
Resultater	20
Foreldrenes forståelse av selvskading hos barna	23
1 <i>Det har noe med barnets alder å gjøre</i>	23
2 <i>Barnet ønsker å formidle noe, og klarer ikke uttrykke dette</i>	25
3 <i>Barnet gjør det for å få viljen sin</i>	26
4 <i>Barnet blir påvirket av nære andre</i>	27
5 <i>Det er en følge av en utviklingsforstyrrelse, en fysisk eller psykisk lidelse, eller noe med sanseapparatet</i>	28
Foreldrenes forståelse- drøfting	31
Foreldrenes råd til hverandre om hvordan håndtere små barn som selvskader	34
1 <i>Avvente</i>	34
2 <i>Overse</i>	35
3 <i>Oppsøke helsehjelp</i>	36

<i>4 Finne alternativer</i>	38
<i>5 Følelsesmessig bekreftelse og aksept</i>	39
<i>6 Stoppe den enkelte handlingen</i>	40
<i>7 Lære andre matter å uttrykke seg på</i>	41
Foreldrenes råd til hverandre- drøfting.....	41
 Diskusjon	 44
 Referanser	 48

Innledning

I vår kultur er det foreldrene som har hovedansvaret for egne barn. Det betyr blant annet at de må sørge for at barnet får det som skal til for å leve et godt liv på høyde med hvordan andre barn i samfunnet har det. Foreldrenes oppgave er å ta vare på barnet på en måte som peker framover, og som gjør det i stand til etter hvert å ta vare på seg selv, og med tiden også andre. Et element i denne omfattende foreldreoppgaven er at foreldrene må fortolke barnets væremåter. Det innbefatter både å undersøke om barnet har det godt her og nå, og samtidig legge til rette for videre utvikling. I våre dager er det stor etterspørsel fra foreldre om kunnskap til å utføre disse foreldreoppgavene. Dette gjelder både når barnet opptrer vanlig og uproblematisk, og når det er noe bekymringsfullt og uvanlig ved barnet. Dette viser seg særlig i det store tilbudet av blant annet opplysningsbøker, egne tidsskrifter for foreldre og oppslag i media rettet mot foreldre.

I denne oppgaven har jeg valgt å se nærmere på en bestemt foreldregruppe. Jeg har valgt å se på foreldre av små barn som på en eller annen måte selvskader. Mens det hyppig opplyses om tema slik som søvn, matvaner og feber når fagfolk uttaler seg om vansker med barna, er det lite fokus på barn som fremviser selvskadingsatferd. Selvskading kan gi flere assosiasjoner foreldrene helst ikke vil tenke på i retning av diagnoser og psykiatri. Flere kan ha hørt om tenåringsjenter som kutter seg til dype arr, og for noen kan selvskading og selvmord være ord som kobles sammen. Dette kan være svært skremmende tanker for de aller fleste foreldre, og det vil være viktig å få oppklaring i hva slags forståelse foreldrene har av denne atferden hos barna sine, og hvordan de tenker at de kan best mulig håndtere den. Jeg har valgt å undersøke dette ved å se på ulike internettfora der foreldre diskutere barns selvskading seg i mellom.

Internettfora har økt i både volum og kvalitet de siste årene (Sillence, Briggs, Harris & Fishwic, 2006a), og i takt med dette ser vi en foreldregenerasjon som er stadig mer kompetente på nettbruk. En stor andel foreldre i dag har tilgang på datamaskin enten hjemme eller i jobben, og internett blir dermed en tilgjengelig kilde for å innhente informasjon en ellers måtte brukt tid og penger for å skaffe seg på andre måter. Forskning på internettbruk viser at folk i stor grad oppsøker nettet i forbindelse med helsehjelp (Morahan- Martin, 2004). Foreldre bruker nettet både til å innhente informasjon, og å diskutere bekymringer rundt eget barns helse på nettfora (Platin & Daneback, 2009). Brukerne av internettfora fremhever en rekke fordeler, slik som tilgjengeligheten, det å få mye og variert informasjon, støtte, empati,

en mulighet til å diskutere sensitive tema, anonymitet og muligheten til å høre fra andre med brukererfaring. Denne trenden utelukker ikke diskusjon av egen helse og helsen til familiemedlemmer. Tvert imot kan nettfora være et lett tilgjengelig møtested der det er mulig å dele erfaringer anonymt, erfaringer som ellers ville vært krevende å ta opp. Dette åpner nye muligheter for forskning på folks forståelse av psykologiske fenomen. Denne undersøkelsen vil fokusere på foreldre som skriver på nettfora om sin forståelse av barn som selvskader.

Foreldreforståelsen av selvskading blant små barn er et lite prioritert forskningsområde. Gjennom arbeid med denne studien er det ikke funnet andre undersøkelser som fokuserer på foreldreforståelse av dette fenomenet. Det er også gjort lite forskning på selvskading blant små barn i normalutvikling de siste 10 til 20 årene. Den meste av forskningen som er gjort på selvskading er foretatt blant ungdom og voksne, eller personer med utviklingsforstyrrelser. Det mangler altså nyere oppdaterte studier på dette fenomenet både i forhold til en fagpsykologisk forståelse og i forhold til hvordan fenomenet forstås og møtes av foreldre. Denne studien har ikke som målsetting å utvide forståelsen av små barn som selvskader. Studien har derimot som målsetting å se på den teorien som foreligger rundt dette temaet, opp i mot foreldrenes forståelse slik den kommer til uttrykk på fora.

På bakgrunn av dette har jeg valgt å undersøke nettfora der foreldre skriver innlegg rundt temaet små barn som selvskader. Undersøkelsen skal belyse hvilke ulike forståelser foreldrene har av små barn som selvskader, og hvilke råd foreldrene gir hverandre for å håndtere selvskadingsatferden. Det er flere grunner til at det er viktig å undersøke foreldreforståelse av barn som selvskader. For det første påvirker foreldrenes forståelse hvordan foreldre handler ovenfor barnet sitt (Miller, 1988). For det andre vil hvordan de handler ovenfor barnet sitt, være med på å påvirke barnets utvikling (Darling & Steinberg, 1993). En tredje grunn til å undersøke foreldreforståelse, er at foreldrene mest sannsynlig påvirker andre foreldre. Dermed kan en enkeltstående foreldre, eller en gruppe foreldre, sin forståelse og råd påvirke andre foreldre, som igjen påvirker mange barn.

Alle de momentene som her er presentert er vesentlig for psykologer som ønsker å hjelpe fortvilede foreldre. For det første er psykologene viktige fordi de skal produsere kunnskap om fenomenet. For det andre er de viktige fordi de skal formidle denne kunnskapen. Og for det tredje, er de viktige fordi det ofte er psykologene som møter foreldrene, og tar imot deres bekymring direkte.

Teori og Empiri

Selvskading

I det følgende skal jeg drøfte forskning som tidligere er gjort på små barn som selvskader. Det første kjennetegnet ved denne forskningslitteraturen er at det er en betydelig usikkerhet og uenighet om hva skading er for noe.

Ystgaard (2003) presiserer at det innen forskning brukes flere begreper om selvskading slik som selvmutilering, selvbeskadigelse, selvdestruktiv atferd og villet egenskade, og at disse til dels er overlappende og til dels omhandler det samme. Av Santa Mina og Gallop (1998) defineres selvskading som en handling et individ utfører intensjonelt, for å skade deler av kroppen sin uten den hensikt å ta sitt eget liv. Simm, Roen og Daiches (2008) har undersøkt læreres opplevelse av førskolebarn som selvskader. De konstaterer at det er lite forskning på selvskading blant barn i denne alderen, og at det ikke er noen litteratur på læreres forståelse av barns selvskadingsatferd. Mange av lærerne som ble spurt i undersøkelsen var usikre på hva selvskading var. Hva inngår i dette begrepet, og hva inngår ikke. Noen var opptatt av intensjonen bak handlingen. Hvis barnet skadet seg med vilje, så var det selvskading. Andre mente at det var selvskading uavhengig av om det var med vilje eller ikke. Noen mente at det måtte skje flere ganger og være en repeterende atferd, for å kategoriseres som selvskading. Andre mente at én selvskadingsepisode var nok. Flere av lærerne mener alvorligheten av selvskadingen avgjøres ut i fra alvorligheten av skaden gjort. Eksempelvis ble det å småbite på fingrene sine ansett for å være mild selvskading, og det å slå hodet mot en stein, mer alvorlig. Forskeren konkluderte med at lærerne ikke satte et skarpt skille mellom hva som var selvskading og ikke, men at dette heller var et kontinuum fra normalt til unormalt og patologisk. Flere av lærerne trodde at selvskadingen blir mer alvorlig over tid, og at barnet beveger seg bortover kontinuumet. Altså at det er en atferd i endring, og at endringen alltid går i retning av mer unormale og patologiske tilstander. Videre viste det seg at lærerne som selv hadde sett en del selvskading dannet et skille mellom dem selv og kollegaer som ikke hadde denne erfaringen. Disse lærerne mente at de lærerne som ikke hadde like mye erfaring med selvskading hos små barn, hadde vanskeligere for å fange opp atferden enn dem selv. Særlig vektlegger de den typen atferd som ikke gir like mye oppmerksomhet. Dette kaller forskerne ”den usynlige selvskadingen”. De antar at selvskadingens ytterligere forsterket

gjennom at det snakkes lite om selvskading blant lærerne generelt, og er derfor opptatt av at læreres kunnskap blir styrket.

Utbredelse av selvskading

Det er også gjort forskning på utbredelsen av selvskading blant de minste barna. Lourie (1949) rapporterte at forekomsten av hodedunking eller en annen form for rugging eller gynging, var 15 til 20% i en normalpopulasjon av barn. Atferden vedvarte frem til 2 ½ til 3 år. Dette er i tråd med studier funnet av en fransk forskergruppe på 60- tallet, gjengitt av Green (1967). De studerte en spedbarnspopulasjon longitudinelt, og fant at selvskading blant små barn i normalpopulasjonen oppstår relativt hyppig. Deres resultater viser at noen type atferd var hyppig observert frem til 2 år. Denne atferden var biting, klyping, kloring, slå, dra ut hår og hodedunking. Forekomsten av selvskading blant barna som var fra 9- 18 måneder var utbredelsen 11 til 17%. Ved 2 år lå den på rundt 9 %. Videre så forskerne en nedgang i atferden hos barna frem til 5 år. Når barnet var nådd 5 år, var atferden helt fraværende. Nedgangen i selvskading fra 18 måneder var etterfulgt av en slående økning av heteroaggressiv atferd og raserianfall. Heteroaggressiv atferd er atferd rettet mot andre heller enn en selv, slik som å slå andre og kaste ting. Også DeLissovoy (1961) fant i sin studie at 15, 2 % av barn i et normalutvalg hodedunket. I hans utvalg var det 22,3 % av guttene som hodedunket og 7,4 % av jentene. I en annen inngående studie, undersøkte DeLissovoy (1962) forekomsten av selvskadende atferd blant små barn mer inngående. Rettere sagt hodedunking blant småbarn i alderen 10- 45 måneder i en normalpopulasjon. Utvalget bestod av 33 barn som hodedunket. Han fant at atferden oppstod hos barna fra 3 til 12 måneder. Selvskadingen opphørte som regel mellom 27 til 48 måneder. I 27 av tilfellene forekom hodedunkingen ved leggetid. DeLissovoy (*ibid.*) observerte barna i selvskadingssituasjonene, og har nøye beskrevet hvordan barna enten stod, satt eller lå når de selvskadet. Kravitz, Rosenthal, Teplitz, Murphy og Lesser (1960) fant en noe lavere forekomst av hodedunking i sitt utvalg. De fant at kun 3,6 % av spedbarna var hodedunkere. I likhet med DeLissovoy (1962) var guttene var langt hyppigere representert med et forhold på 3.5:1. De fant at gjennomsnittlig debut for selvskading var ved 8 måneder, med en varighet på 17 måneder.

Det er viktig å kunne identifisere atferd som indikerer abnormal utvikling. Tupa og Berkson (1999) presiserer viktigheten av å skille mellom atferd som er normalt, og som går over av seg selv, og atferd som er avvikende. Årsaken til at det er viktig å skille mellom disse er timing og intensiteten av behandling. Green (1967) undersøkte barn diagnostisert med

schizofreni ved et behandlingshjem. Han fant at selvskading var hyppig observert blant barna med schizofreni, mens den var nesten fraværende hos barna med normalutvikling i samme alder. Selvskadingen som ble observert blant barna var at de klorte seg selv, bet seg selv, slo seg selv, kløp seg selv, hodedunking og at dro ut sitt eget hår. Han delte utvalget sitt inn i tre grupper. En gruppe fortsatte å hodedunke gjennom barndommen. En annen gruppe fortsatte å hodedunke, men la til atferd som å klype, klore og bite. En siste gruppe, sluttet å hodedunke, og begynte isteden å angripe andre deler av kroppen.

Årsaker og funksjon ved selvskading hos små barn

Putnam og Stein (1985) gjør rede for en rekke forskjellige forklaringer, i alt elleve, til hvorfor barn selvskader. Disse er at barnet lider under dårlige omsorgsforhold (neglisjert, deprivert, straffende oppdragelsesstil, kaos i familien, indusert skyld og skam), at barnet er deprimeret, at barnet har en type rytmeatferd (suge på tommelen, rulle på kroppen, slå hodet i veggen, masturbere, dra ut hår, bite på hår, bite på lepper, bite på fingre eller tær), barnet er mentalt retardert, barnet har en genetisk sykdom eller metabolsk sykdom (Cornelia- DeLang syndrom, Lesch- Nyhan syndrom og familial dysautonomia), barnet har en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, barnet vil oppnå en sekundærgevinst (ofte oppmerksomhet), sinne eller raseriutbrudd, skade som et resultat av å utforske kroppen, personlighetsforstyrrelse eller en spiseforstyrrelse. Forfatterne konkluderer med at de som selvskader er en heterogen gruppe med ulik etiologi og forløp. Dermed blir også behandling og prognose ulikt, og det er vanskelig å si noe generelt om årsaksforhold. De poengterer at dette også gjelder innenfor hver av de elleve gruppene. Altså at selv om barnet selvskader av samme årsak, kan forløp, prognose og behandling allikevel utarte seg ulikt. Spitz og Wolf (1946) rapporterer hyppig hodedunking blant små barn som er deprivert morsomsorgen, men atferden oppheves ved gjenforening med mor. Barnet viser da annen atferd, slik som å slå andre, sparke eller klore andre. Dette forklarer de med at barnets aggressive og libidinale drivkrefter ble rettet innover når det ikke er noe ytre objekt tilgjengelig. Silberstein, Blackman og Mandell (1966) beskriver hodedunking som en substitutt for ufullstendig moderlig stimulering. Dermed anbefaler de involvering av mor i behandlingen av selvskading hos barna.

Kravitz, Rosenthal, Teplitz, Murphy og Lesser (1960) ser på hodedunkingen på to måter. De tenker seg at det kan handle om et behov for avspenning hos barnet som kan bli assosiert med at barnet får nye tenner i småbarnsperioden. Altså at det er en måte å spenne av på i møte med smerte. Også Louries (1949) har en forståelse av at selvskading hos barn omhandler et behov

for avspenning. Samtidig har han en hypotese om at bevegelser, slik som hodedunking, fasiliterer barnets opplevelse av kontroll over egen bevegelighet. Green (1967) observerer at barn i en studie ikke gav uttrykk for særlig ubehag eller smerte når de selvskadet, men at noen heller oppnådde en form for velbehag. Foreldrene rapporterer at disse barn ofte drev med infantil vugging og hodedunking som spedbarn. Videre fant han en overvekt av jenter som selvskader, og forklarer denne kjønnsforskjellen ut i fra at jenter i mindre grad får aksept for å vise sinte følelser, mens gutter noen ganger til å med oppmuntres til dette. Jentene i utvalget ser også ut til å komme fra det han kaller mer forstyrrede familier enn guttene.

Årsaker og funksjoner ved selvskading hos ungdom og voksne

Flere har forsket på hvilken funksjonen selvskading har blant ungdom og voksne. Green (*ibid.*) ser på hodedunking i spedbarnsalder som en forløper til senere selvskadingsatferd. Gratz (2003) har i sin litteraturgjennomgang funnet ulike funksjoner som kan være gjeldende ved selvskading hos ungdom og voksne. For det første fant han at selvskadingen lindrer følelsen av stress, sinne, frustrasjon, tristhet, opprørhet, anspenhet, angst, sorg, emosjonell smerte, samt følelsen av å bli overveldet. For det andre opplever pasienten å få eksternalisert smert på en måte som gjør det lettere å håndtere det fysiske ubehaget heller enn det psykiske. Selvskadingen kan for det tredje fungerer som en flukt fra smerte og angst. For det fjerde kan selvskading være en måte å straffe seg selv som et uttrykk for selvforakt. For det femte gir selvskadingen noen en følelse av kontroll. For det sjette kan selvskadingen være en måte å vise ovenfor seg selv at en tåler smerten. Og sist er selvskadingen en måte å kommunisere på: enten for å si at de har det vondt, eller for å sette grenser. Også utvalget i Briere og Gil (1998) sin studie viser til at selvskading har ulike funksjoner. De nevner selvstraff, distraksjon og frigjøring fra smertefulle følelser, samt det å hankses med stress, redusere anspenhet, frigjøre sinne, og få økt følelsen av selvkontroll. Favazza og Conterio (1989) fant i sin studie at selvskading er en måte å fasilitere avslapping på, samtidig som det regulerer raske tanker og gir lettelse fra følelser som depresjon, ensomhet og derealisering. Linehan (1993) har sett på selvskading blant pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. Hun mener at selvskading kan komme av at ungdommen eller den voksne ikke har blitt lært effektive emosjonsreguleringsstrategier som barn. Manglende evne til å tåle emosjonelt ubehag, fører i følge Linehan (*ibid.*) til emosjonell dysregulering. Klonsky (2007) fant i sin metastudie 18 separate studier som peker i retning av at affektregulering er en hovedfunksjon ved selvskading, men som man ser av diskusjonen ovenfor er det ikke enighet om en slik tenkning som begrenser selvskading til én årsak. Suyemoto (1998) påpeker at selvskading kan ha flere

ulike funksjoner samtidig. Andre setter spørsmålstegn ved å skulle finne en generalisert årsak, funksjon eller betydning. Turp (2002) introduserer et kontinuum fra mild til alvorlig selvskading. Hun legger vekt på at det ikke eksisterer ett opphav, én betydning, én kommunikasjonsform som formidles, én psykisk lidelse eller personlighetsprofil som er assosiert med selvskading.

Byrne, Morgan, Fitzpatric, Boylan og Crowley (2008) har undersøkt hva omsorgsgivere og foreldre har behov for av helsevesenet når ungdommen eller barnet deres selvskader. I denne studien, kommer det frem at foreldrene opplever stort ubehag når barnet deres skader seg. Flere foreldre beskriver at de blir redde og sinte. Flere føler seg isolert og har dårlig samvittighet. Det er en gjennomgående beskrivelse av foreldrene at de føler seg utilstrekkelig i møte med sitt eget barn som selvskader. Det største behovet hos foreldrene, er støtte fra helseapparatet. Samtidig anser de støtte fra andre i samme situasjon, til å være helt uvurderlig. Mange uttrykker lettelse over å få snakke med andre foreldre som også har barn som selvskader.

Oppsummert foreligger det noe forskning på forekomsten av selvskading blant små barn, selv om de fleste studiene er av eldre dato. Studiene viser at selvskadingsatferd er mest fremtredende hos barn mellom 3 måneder til 3 år. Flere finner en nedgang i atferden fra 3 år. Hvor stor andel av normalpopulasjonen som fremviser selvskadingsatferd i denne perioden, finnes det ulike tall på. Noen studier viser at dette forekommer relativt hyppig (så mye som over 15 %), mens andre studier finner lavere forekomst. Noe av grunnen til dette er at de ulike studiene har sett på ulik type selvskadingsatferd. Blant annet har noen studier inkludert repeterende kroppsbevegelser hos barna, noe som ikke er en direkte form for selvskading. Det ser ut til at de fleste studiene som er gjort på selvskading blant små barn, har sett på hodedunking. Andre studier har i tillegg sett på selvskading i form av barn som biter, klorer, klyper og slår seg selv, samt noen som drar ut sitt eget hår. Studien som tar for seg barn diagnostisert med schizofreni sammenlignet normalutviklede barn, viser at barna som hadde diagnosen fremviste selvskadingsatferd slik som å hodedunke, bite, klore og slå seg selv, samt dra ut sitt eget hår. Disse fant ikke selvskading blant barn med normalutvikling. De fleste studiene viser at det er flere gutter enn jenter som selvskader. Når det kommer til årsaker og funksjon ved selvskading eksisterer det mange ulike forståelser, både når det gjelder barn, ungdom og voksne. Forskerne påpeker at hvilken behandling som bør iverksettes avhenger av årsaken til selvskadingen. Når det kommer til hva foreldre har behov for når barnet deres

selvskader, viser en studie at foreldrene først og fremst har behov for støtte av helseapparatet og andre i lignende situasjon.

Foreldres forståelsesmåter av barn

Det er flere forskere som har interessert seg for foreldres forståelse av barns atferd. En av de som har bidratt mye til dette feltet er McGillicuddy – DeLisi. Hun har blant annet undersøkt foreldres forståelse av barns intellektuelle og sosiale utvikling (1982), og finner at foreldre har ulike forklaringsmodeller rundt barns utvikling. Det ser allikevel ut til at de har noe til felles i måten de uttrykker dette på. De fleste foreldrene presenterer sine tanker som sannheter eller opplagte fakta om barn og deres utvikling heller enn tentative hypoteser. Forskerne oppdaget to ting. For det første ser det ut til at foreldrene har komplekse forståelsessystemer når det kommer til hvordan barn utvikler seg. Det andre som ble avdekket, var at foreldrene baserer disse forståelsene på erfaringer med egne barn. Dette er i tråd med Kelly (1955) som påpeker at vi tolker hendelser ut i fra konstruksjoner vi har om verden, og at vi forutser fremtidige hendelser basert på disse konstruksjonene. Ifølge McGillicuddy- DeLisi (1982), er ikke disse konstruksjonene uforanderlige, men de kan modifiseres i møte med nye hendelser, objekter eller mennesker. Dette ser man blant annet når foreldrene får flere barn. Ved å få økt erfaring med flere barn, ulike aldersgrupper, og muligens ulike kjønn, kan foreldrene endre sin forståelse. Et annet interessant funn, er at mødre og fedre er ulike når det kommer til samsvar mellom forståelse og faktisk atferd rettet mot barnet. Fedrene har mye større samsvar mellom sin forståelse av barnets utvikling og hans oppdragelsesstil. Mødrene, derimot, kan ha én generell forståelse av barns utvikling og oppdragelse, mens hun i realiteten utførte noe annet. Forskerne tolker dette som at mødre er mer sammen med barna sine, og dermed får økt erfaring i henhold til hva akkurat deres barn har behov for i ulike situasjoner. Dermed tenker hun at hennes barn trenger én tilnærming, samtidig som hun har en mer generell forståelse og holdning ovenfor barn generelt. Far, derimot, er mindre erfaringsbasert i måten han både oppfatter og behandler egne barn. Videre finner McGillicuddy- DeLisi (*ibid.*) at foreldrenes forståelse er påvirket av en rekke ulike faktorer. En slik påvirkningsfaktor er hvor langt det er mellom barna deres i alder. Andre påvirkninger er mor og far sin utdanning, alder på foreldrene og hvordan foreldrene har blitt oppdratt. Videre påvirker ektefellene hverandre, og barnet påvirker foreldrenes forståelse. Oppsummert kan vi si at alle i familien påvirker hverandre gjensidig. Dette er i tråd med Bronfenbrenner (1979) sin forståelse av at

menneskelig utvikling forekommer i interaksjonen med miljøet det lever i. Han hevder at barnets utvikling særlig er påvirket av individene i barnets nære familie, og at foreldrene påvirker barnet gjennom sin oppdragelsesstil.

Miller (1988) har også undersøkt foreldres forståelse av barns kognitive utvikling. Han finner at det er stor variasjon blant foreldrene når det kom til hva foreldre forstår som normal utvikling. Men selv om forståelsesmåtene er sprikende, ser det ut til at de fleste har en forståelse av at barnets atferd er et resultat av både arv og miljø, men miljøhypotesen er noe hyppigere representert i Miller sin studie (*ibid.*).

En undersøkelse som er særlig relevant for mitt forskningsspørsmål er en norsk studie av foreldres fortolkningsreportoar (Jensen, 2005). Hun intervjuet foreldre der det senere ble avdekket seksuelt misbruk hos barnet. Mange av barna viste ulike tegn i form av endret atferd i forbindelse med overgrepene. Foreldrene ble spurt om hvilke tanker de gjorde seg i forbindelse med at barnet tidligere hadde endret atferd. Jensen (*ibid.*) har valgt å dele foreldrenes forståelse inn i seks ulike forståelsesmåter, som hun kaller foreldrenes fortolkningsreportoar. Den første forståelsen er aldersadekvat forståelse. Denne forståelsen handler om at atferden eller tegnet barnet fremviser er normalt for alderen. Disse foreldrene antar, på bakgrunn av dette, at det også er noe barnet vil vokse av seg. Den andre forståelsen handler om personlighet. Denne forståelsen bygger på at atferden er et resultat av barnets personlighet, og at det dermed er et stabilt trekk ved barnet. Samtidig ser disse foreldrene på trekket som uavhengig av situasjon og alder. Foreldrene med denne forståelsen anerkjenner at trekket kan være arvelig. Den tredje forståelsen foreldrene har er at dette er noe barnet gjør for å få viljen sin. Foreldrene med denne forståelsen tenker seg at atferden er noe som fremprovoseres i en gitt situasjon. De ser ikke på atferden som et gjennomgripende trekk ved barnet. Disse foreldrene tror barnet har mer kontroll over denne atferden enn foreldrene i de overnevnte kategoriene. En fjerde forståelse foreldrene har, er at atferden er noe barnet har lært gjennom en sosialiseringsprosess. De tenker seg at barnet har lært trekket som et resultat av en relasjon der de påvirkes av andre. Den femte forståelsen foreldrene har handler om at det er konflikter mellom foreldrene som fører til atferden. Denne forståelsen bygger på antagelsen om at en konflikt mellom barnets omsorgsgivere påvirker barnet, selv om barnet ikke direkte er involvert i konflikten. Den sjette og siste forståelsene foreldrene i utvalget har, er at det er mangler hos omsorgspersonene som fører til atferdsendring. Også denne forståelsen setter søkelyset på foreldrepåvirkning. Jensen (*ibid.*) påpeker hvordan disse

forståelsene ikke oppstår i et vakuum hos den enkelte omsorgsgiveren, men at den oppstår i interaksjon med andre, og påvirkes av kulturen rundt. Dette, sier Jensen (*ibid.*) er i tråd med hvordan foreldre ofte skaper en forståelse av tvetydige tegn i barnas atferd.

Helsehjelp og nettsamfunn

I pakt med teknologisk utvikling, har ordet samfunn fått nye betydninger. Et samfunn er ikke lenger begrenset til geografisk nærhet. Et slik samfunn er diskusjonsfora på nett. Et nettsamfunn kan formes av individer som opererer fra ulike deler av verden samtidig, og som sammen danner et fellesskap med egne normer. Mange har forsøkt å operasjonalisere nettsamfunn (på engelsk: *online community*, *virtual community*), enten med tanke på innhold, eller ut i fra det mer tekniske oppsettet av nettsamfunnene. Rheingold (1993) og Hiltz (1985) er blant de som har vektlagt nettsamfunnenes funksjon i forhold til empati og støtte. Andre fremhever hvordan nettsamfunnet kun kan finne sted der det foreligger software, og der deltagere har et felles formål og følger samme retningslinjer (de Souza & Preece, 2004; Maloney-Krichmar & Preece, 2005; Preece, 2000). Ifølge Sillence, Briggs, Harris & Fishwic (2006a) har internett i økende grad blitt en arena der folk oppsøker helsehjelp i form av råd og informasjon om helse. Det er en rekke grunner til at personer oppsøker helseinformasjon på internett. Folk vil være bedre informert og bedre forberedt når de skal til legen. Eller de ønsker støtte, noen alternative forklaringer, eller trygging (Sillence, Briggs, Harris & Fishwic, 2006b). En annen stor fordel ved å innhente informasjon og råd om helse på internett, er at det er så tilgjengelig (Williams, Nicholas & Huntington, 2003). Det eneste som kreves av forbrukeren er at han eller hun har internettilgang. Ellers trenger ikke den enkelte verken gå ut av huset, møte andre mennesker eller snakke med noen ansikt til ansikt om det som plager en. Dette kan særlig være aktuelt der det er snakk om problematikk av sensitiv art. Mange rapporterer at de tiltrekkes av at man kan få råd og informasjon om sensitive eller stigmatiserte sykdommer på internett (Berger, Wagner & Baker, 2005). Cotten og Gupta (2004) spurte brukerne av helserelaterte sider på nett hva de anså som fordeler og ulemper med å tilegne seg informasjon på denne måten. Brukerne trekker frem en fordel ved at informasjonen er lett tilgjengelig, og at det er stor variasjon i mengden informasjon som er å oppdrive. De ser også på det som en fordel at det er stor variasjon i perspektivene rundt ulike tema. Brukerne presenterer også en ulempe ved å oppsøke helseinformasjon på internett. Denne ulempen går ut på at brukerne er i tvil om informasjonen som blir presentert er troverdig. I tillegg til å være en kilde til informasjon og råd om helse, blir internett i økende

grad brukt til å diskutere helse via nettfora. Kummervold et al. (2002) har studert fire store norske online diskusjonsfora relatert til mental helse. De finner at innskriverne synes internettfora er nyttige først og fremst fordi det er en god informasjonskanal, både når det kommer til faktakunnskap og når det kommer til mer praktisk informasjon. Herunder nevnes det å få brukererfaring fra andre i samme situasjon som særlig verdifullt. En annen viktig faktor ved internettfora, er den sosial støtten innskriverne opplevde rundt det å snakke om vanskelige tema. Nesten halvparten av deltakerne i studien sier at de tar opp problemer på nett som de vanligvis ikke diskuterer ansikt til ansikt. Så mye som 75% sier at de synes det er lettere å diskutere personlige problemer på nett. Et annet interessant funn, er at flertallet sier at de ikke ville deltatt på slike fora om de måtte bruke sine virkelige navn. Det er altså noe betryggende i å kunne benytte seg av et pseudonym i denne konteksten. Kummervold (*ibid.*) poengterer at nettforaene danner et ufarlig miljø, der det legges til rette for å dele erfaringer og stille spørsmål av sensitiv karakter. De fleste av deltakerne så på nettforaene som et supplement til det offentlige helsevesenet, men de fleste skulle ønsket at fagfolk var representert. I en spørreundersøkelse utført av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (2011) kommer det frem at foreldre av barn med sjeldne medisinske tilstander bruker internett for å få informasjon om barnets tilstand. Det er ingen sammenheng mellom foreldrenes inntekt og utdanning og det å søke opp informasjon *etter* år 2000, men det var en sammenheng for de som ble diagnostisert *før* år 2001. Det kan dermed tenkes at internett i større grad har blitt en kilde til informasjon uavhengig av sosioøkonomisk status de siste årene. Studien viser også at alle benytter seg av helseinformasjon på nett, uavhengig av om de er fornøyd med den oppfølgingen de hadde fått hos legen eller ikke. Nettet blir dermed ikke kun en erstatning for de som ikke får tilstrekkelig hjelp fra det offentlige helsevesenet, men heller et supplement. I dette utvalget brukte en tredjedel av foreldrene støttegrupper på nett. Samtlige sa at de benyttet seg av dette fordi de ønsket å lese om andre foreldres erfaringer. 98 % sa at det å få informasjon er viktig. Mødrene er i større grad enn fedrene opptatt av å komme i kontakt med andre foreldre. Dette er i tråd med en amerikansk undersøkelse fra 2000 foretatt av Fox og Rainie som viser at flere kvinner enn menn oppsøker helsehjelp på nett.

Nettsamfunn og selvhjelpsgrupper

Det eksisterer noen likheter mellom nettsamfunn, der deltakerne diskutere helseinformasjon, og selvhjelpsgrupper. Finn og Steele (2010) har funnet ut at mange av de samme prosessene er tilstede i selvhjelpsgrupper på nett og selvhjelpsgrupper der deltakerne møtes ansikt til

ansikt. Likhetene mellom gruppene går ut på at deltakerne sammen løser ulike problemer, at de deler informasjon, at de uttrykker følelser og får utløp for disse. Ikke minst er det viktig for deltakerne å få gjensidig støtte og empati. Selvhjelpsgrupper er, ifølge Levy (1976), en gruppe der medlemmene selv har valgt å være en del av gruppen, og der deltakeren selv velger hva som er formålet med gruppen. Han har på bakgrunn av dette kommet frem til fem punkter som definerer hva en selvhjelpsgruppe er. Det første punktet handler om at selvhjelpsgruppen ofte har et formål i retning av å hjelpe og støtte deltakerne i møte med vanskelig situasjoner. Det andre punktet går ut på at deltakerne er de som starter, og også har muligheten til, å oppløse gruppen. Det tredje punktet handler om hvordan gruppen selv er den primære kilden til hjelp. Altså tar deltakerne i bruk sine egen ressurser og egenskaper for å hjelpe andre medlemmer av gruppen. Det fjerde punktet handler om gruppens komposisjon. Gruppen er satt sammen av mennesker som deler enten et problem eller lignende livserfaringer. Det femte og siste punktet går ut på hvem som har kontroll. Stort sett er det gruppen selv som har kontroll over gruppens struktur. Det hender allikevel at de søker hjelp hos profesjonelle, eller at de har en eller annen form for teoretisk eller filosofisk rammeverk til grunn. Også Eysenbach, Powell, Englesaksis, Rizo og Stern (2004) har sett på en rekke studier av nettsamfunn der likemenn diskutere helserelaterte tema. Disse finner at brukerne av nettsamfunnene er ute etter å dele erfaringer, få emosjonell støtte, få selvhjelp og muligheten for å stille spørsmål.

Fremgangsmåte

Design

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan foreldre forstår selvskading blant små barn, og hvilke råd foreldrene gir hverandre på nettet i forhold til dette. Johannessen, Tufta og Christoffersen (2010) definerer design innen forskning som det å gi form til forskningsspørsmålet. I det følgende skal jeg si noe om hvordan jeg har gjennomført min undersøkelse, og de overveielsene jeg har gjort meg underveis.

Jeg har nærmet meg mitt forskningsspørsmål ved å se på tolv norske og seks engelskspråklige diskusjonstråder fra et utvalg nettfora der foreldre skriver inn om deres tanker og opplevelser

rundt barn som selvskader. Hvert forum består av flere *diskusjonstråder*. Hver tråd er sammensatt av flere innlegg. Noen skriver ett innlegg, andre skriver flere.

Valg av metode for innsamling av empirisk materiale

Jeg ønsket å undersøke foreldres forståelse av små barn som selvskader og rådene foreldrene gir hverandre. Jeg er altså interessert i å fange opp foreldrenes unike opplevelse rundt et fenomen, og har valgt en kvalitativ tilnærming til min studie. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) understreker hvordan fenomenologisk filosofi kan ha betydning innen en kvalitativ tilnærming, ved at utforskning og beskrivelse av andres erfaringer og forståelse, er med på å gi innsikt i deres livsverden. Dette ønsker jeg å gjøre ved å fremhente foreldrenes subjektive opplevelse i tråd med Postholm (2010) som argumenterer for at enhver forsker som skal anvende den kvalitative metoden skal etterstrebe å innta informantenes perspektiv. På den måten får forskeren frem det mangfoldet, nyansene og dybden som befinner seg her (Malterud, 2004). Denzin og Lincoln (2005) definerer kvalitativ metode som en studie der en forsøker å forstå og tolke et fenomen som utfolder seg i sin naturlige setting. Jeg har besluttet å innhente mitt datamateriale fra diskusjonsfora på internett, og har begrunnet dette valget også tidligere i oppgaven, men vil utdype det her.

Det har skjedd en rekke endringer i måten mennesker kommuniserer på de siste tiårene. Det som er nytt innen sosial interaksjon, er at vi i dag har flere muligheter til å samhandle, og at informasjonen kan nå frem raskt. Internett er et slikt medium som i økende grad har blitt integrert i folks dagligliv (Markham & Baym, 2009). Det er ikke lenger geografi som avgrenser et samfunn. Slik det er nå, kan mennesker være en del av mange ulike samfunn, deriblant nettsamfunn (Markham & Baym, 2009). Dette gir forskeren en unik mulighet til å forske på et tema av interesse, og få tilgang på opplevelser fra menneske over hele verden i løpet av kort tid. Kraut et al. (2004) påpeker hvordan det å studere diskusjonsfora på internett gir tilgang på et rikt mangfold av menneskelige opplevelser, særlig innen sensitive tema. Lee (1993) understreker at forskning på slike sensitive temaer er særlig viktig, da de gjerne belyser de mørkere delene av samfunnet. Han fremhever videre hvordan forskeren nettopp ved å ta for seg disse temaene utfordrer måter å se verden på, som mange tar for gitt.

Ett kjennetegn ved å bruke nettet som kilde, er at forskeren ikke påvirker sine informanter slik som ved for eksempel et intervju. Dette åpner for at deltakerne kan fortelle åpent uten at man

skal være redd for at det de sier er et resultat av å tilfredsstille forskeren eller prosjektet som helhet. En kan også tenke seg at en del innskrivere ville hatt kvaler med å dele meninger og opplevelser ufiltrert om de visste at det var fagfolk som skulle vurdere det de kom med. Her skiller denne forskningen seg fra blant annet forskning der en tar i bruk fokusgrupper. For mens en gjerne benytter seg av en moderator i fokusgruppeintervju, er dette sjelden tilstede på nettforumene. Jeg merket meg allikevel at flere av nettforaene hadde et overvåkningssystem. Én nettside hadde ansatt noen for å gå igjennom trådene og slette det de kalte ”upassende innhold”. En annen side hadde et symbol ved siden av hvert innlegg hvor det stod at man kan rapportere innlegget som upassende. Wibeck (2000) viser til hvordan fokusgrupper er en kilde til informasjon om hvordan kunnskap og forståelse utvikles i en kulturell sammenheng. Han påpeker vider at denne metoden er særlig godt egnet til å forske på følsomme temaer. Det viser seg at det i disse gruppene ofte deles mer informasjon, og er større åpenhet rundt vanskelige tema. Noe av dette attribueres til at deltakerne selv stiller hverandre spørsmål, heller enn moderatoren, samt at de oppmuntrer hverandre (Wibeck 2000). Dette sees også tydelig i foraene. Når en innskriver har delt en erfaring, senker dette terskelen for at andre også deler sine opplevelser. En annen parallell mellom fokusgrupper og forumgrupper på nett, er det Wibeck (2000) referer til som strategier for å oppnå konsensus. Det kan være en enighet rundt samme forståelsen, eller en enighet om at man er uenig, og at også dette er greit å utforske. Begge deler gjør at synspunktene kommer tydeligere frem, hvorvidt de er enige eller uenige blir dermed mindre relevant. I likhet med fokusgruppe, består også nettfora av flere individer som diskuterer et felles tema. Foruten om at rammene kan ha en viss likhet, er også interaksjonen lignende. På nettforaene er det vanlig at én eller flere personer legger frem en opplevelse. Intensjonen med å dele er ulik. Noen ser ut til å kun ha behov for å dele for å dele, og kjenner en lettelse ved å ha sagt noe høyt. Andre ønsker tilbakemeldinger på det de har sagt i retning av om det er normalt eller rimelig å tenke eller føle det de gjør. Andre igjen ønsker omsorg i form av trøst eller støttende kommentarer. I likhet med det som skjer i fokusgrupper, kan det også i nettforaene oppstå uenigheter. I min studie var et hett tema hvorvidt man burde gi Stesolid (et beroligende medikament) til en 3 åring eller ikke. Her gikk mye av diskusjonen ut på å argumentere for og imot, men også å komme med utsagn som svekket den andres troverdighet (Eks. ”du må være en helsearbeider langt nede i systemet!”).

Da nettet består av utallige fora som kunne vært relevante for mitt formål, var det viktig for meg å ha noen kriterier for inklusjon og eksklusjon i søkeprosessen. Jeg bestemte meg derfor for at jeg skulle inkludere alle fora der foreldre har meningsutvekslinger rundt barns

selvskading, og som kunne fortelle meg noe om deres forståelse rundt dette. Jeg ekskluderte fora der barna var over skolealder, og der foraene var opprettet for å diskutere patologiske tilstander, eksempelvis støttegrupper for barn med utviklingsforstyrrelser.

Prosedyre

Oppgaven med å samle inn data fra nettforaene ble foretatt i perioden oktober 2011 til februar 2012. Noen av innleggene var lagt inn tidligere enn denne perioden. Det første jeg gjorde var å bruke de vanlige søkemotorene *Google*, *Yahoo* og *sol* for å søke med ord jeg har funnet i litteraturen rundt barn og selvskading. Jeg brukte ulike varianter og kombinasjoner av ord som *små barn*, *spebarn*, *barnehagebarn*, *selvskading*, *skader seg selv (med vilje)*, *slår seg selv*, *dunke hodet i veggen*. Flere av foraene genererte nye mulige søkeord som jeg deretter brukte for å finne flere relevante nettfora om temaet. Da jeg hadde funnet tolv slike diskusjonsfora var allikevel datamaterialet noe magert. Jeg kunne ikke med sikkerhet vite at jeg hadde fanget opp det faktiske fenomenet. Malterud (2004) påpeker at vi har tilstrekkelig datamateriale først når det å tilføre nye data ikke gir ny kunnskap som belyser forskningsspørsmålet. For å oppnå denne metningen av materialet, valgte jeg å inkludere engelskspråklig nettfora. Jeg gikk frem på samme måte som jeg hadde gjort med de norske nettforaene. På engelsk brukte jeg søkeord som *self harm*, *self injury*, *deliberate*, *small children*, *toddlers*, *infants*, *hit/bite him-/herself*. De engelskspråklige nettsidene er etablert i henholdsvis USA og England. Da jeg hadde atten tråder tilførte ikke det å inkludere flere fora noe ny kunnskap. Dermed renskrev jeg trådene slik at de ble oversiktlige dokumenter om hvem som skriver og hva de skriver om. Forstyrrende elementer som reklame og bilder, som ofte er tilstede på slike sider, ble tatt bort. Jeg stod nå igjen med råteksten.

Selv om jeg som sagt har valgt å inkludere engelskspråklige nettfora, er undersøkelsen ikke lagt opp som en komparativ studie. Det har ikke vært noe hovedmål å sammenligne disse foraene med de norske. Men når de først ble tatt med måtte jeg være bevisst på hva de gjorde med resultatene. Det har vist seg at det å inkludere de engelskspråklige nettforaene ikke til at kategoriene mine endret seg, dvs. det norske og det engelskspråklige materialet ble utgangspunkt for de samme kategoriene. Fordelen med å ta med engelskspråklige nettfora var først og fremst at jeg dermed fikk en mer fyldig presentasjon. Dessuten har det vist seg noen ulikheter *innen* enkelte av kategoriene. Dette vil jeg komme tilbake til i resultatdelen.

Analyse

Valg av analyse er viktig, da man først har muligheten til å besvare forskningsspørsmålet etter at dataene er systematisert og analysert (Svartdal, 2009). Som beskrevet tidligere har jeg valgt å legge en fenomenologisk forståelse til grunn for analysen. Med fenomenologisk mener jeg at datamaterialet vil gi økt kunnskap om erfaringer og livsverdenen til informantene (Malterud, 2004). Jeg ønsker altså å forstå hvilke erfaringer foreldre har med barn som selvskader, og hvordan de forstår denne atferden uten selv å ha en klar formening om hva jeg skal finne. Når det gjelder prosedyren i analysen er jeg inspirert av Grounded theory. Denne teorien ble utviklet av Glaser og Strauss i 1967 og er basert på prinsippene om at forskeren skal oppdage nye måter å forstå en sosial verden på, samt generer et rammeverk for å forstå fenomenet som undersøkes. Denne teorien skal være fundamentert(*grounded*) i datamaterialet (McLeod, 2011). Jeg har åpent tatt utgangspunkt i foreldrenes beskrivelser for så å se hva som trer frem av materialet, og på denne måten utviklet en forståelse induktivt (Kvale & Brinkmann, 2009).

Datamaterialet jeg skulle ta for meg bestod av totalt 376 innlegg. Den korteste tråden var på 3 innlegg og den lengste tråden var på 111 innlegg. Foreldrene skriver i stor grad om egne barn, og det var totalt 155 beskrivelser av barn som selvskadet i materialet. Av disse, var 92 gutter og 63 jenter. De fleste av barna som ble beskrevet var i aldersgruppen seks måneder til tre år. Det første jeg gjorde da jeg skulle starte med analysearbeidet var å lese igjennom alt datamaterialet. Jeg så på helheten og gjorde meg noen tanker og notater rundt innholdet. Malterud (2004) påpeker viktigheten av å stille seg åpen ovenfor hva materialet kan formidlet i denne fasen. Det første jeg la merke til, var at de fleste av innskriverne skrev om erfaringer med egne barn. Jeg besluttet dermed at et viktig felt var *beskrivelser av fenomenet*. Her inngår blant annet informasjon om hvilken selvskadingsatferd barnet fremviste og hva som utløser den. Det andre jeg la merke til var at mange skrev om sin forståelse av problematikken. Dette ble naturlig nok et viktig felt, da det i stor grad belyser min problemstilling. Det andre feltet kalte jeg *foreldrenes forståelse*. Det tredje feltet som kom frem ved gjennomlesning var foreldrenes forslag til hva man kan gjøre med selvskadingsatferden. Foreldrene beskrev en rekke forslag til hvordan man fysisk og psykisk kan forsøke å få slutt på den uønskede atferden. Jeg ble nysgjerrig på dette tredje feltet, og kalte det *forslag til tiltak og*

intervensjoner. I tillegg til disse tre hovedfeltene trakk jeg ut informasjon om barnas alder og kjønn.

Neste steg i prosessen var å sortere teksten til jeg stod igjen med tre kolonner med informasjon, også kalt meningsbærende enheter. En meningsbærende enhet er en del av teksten som bærer med seg kunnskap om et eller flere tema (Malterud, 2004). Den første kolonnen omhandlet selvskadingsatferden til barna. Jeg ønsket å finne ut akkurat hvilken atferd som var gjeldende. De fleste foreldrene svarte med korte og konkrete beskrivelse, slik som ”han slår hodet i veggen”. Denne enheten ble plassert under temaet *å slå hodet mot noe eller noen*. Totalt endte jeg opp med fem hovedtema. Den andre kolonnen handlet om foreldrenes forståelse, og var av særlig stor betydning for denne oppgaven da det direkte omhandler forskningsspørsmålet. Utsagnene i denne delen var noe vanskeligere å kategorisere, da teksten var mer kompleks og forståelsen noen ganger var implisitt heller enn at den ble sagt rett ut. Jeg valgte derfor å ta for meg kun de enhetene der innskriverne påpekte at de hadde en formening heller enn å tilskrive de dette der det var uklart. Et utsagn var: ”*vi var igjennom en sånn periode for et halvt år siden, og det gikk over av seg selv*”. Jeg valgte å plassere denne enheten innunder temaet *fase*. Etter hvert blir det tydelig at flere tema egentlig omhandlet det samme. Eksempelvis fant jeg ut at *stadie* og *fase* kunne sees på som ulike sider av samme sak, og at de dermed kunne slås sammen. Etterhvert kom jeg frem til fem ulike kategorier for å beskrive foreldrenes forståelse.

Den siste kolonnen omhandlet forslag til tiltak og intervensjoner. Her var enhetene mer sprikende og vanskelig å kategorisere. Temaene ble dermed flere i denne delen enn ved forståelsen. Når man ser på den endelige oversikten over kategoriene, kan enkelte kanskje virke veldig like, slik at leseren vil stusse over hvorfor de ikke ble slått sammen. Eksempelvis kan *avvente* og *overse* virke som like strategier. Jeg valgte å skille disse fordi det kom frem av materialet at det å avvente er en mer passiv tilnærming til barnet enn det å aktivt overse. Jeg kom totalt frem til syv ulike råd som foreldrene gir hverandre.

Pålitelighet og gyldighet

En utfordring innen kvalitativ metode er å etablere kriterier for kvalitet av forskningen (McLeod, 2011). To begreper er her sentrale: pålitelighet og gyldighet.

Litteraturen om kvalitative forskningsmetoder viser en rekke ulike perspektiver når det kommer til hvordan man skal definere, beskrive og undersøke pålitelighet (Creswell, 2007). Postholm (2010) mener at man kan oppnå pålitelighet ved å synliggjøre forskerhåndtverket, og Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) viser til hvordan man kan styrke påliteligheten gjennom å gi en detaljert beskrivelse av hvordan en har gått frem gjennom hele forskningsprosessen. Det er altså gjennom å gjøre forskningen gjennomsiktig (Silverman, 2006) at man kan styrke kvaliteten i forskningen sin og gjøre den mer pålitelig. Validitet omhandler hvorvidt tolkingene forskeren har gjort gjenspeiler virkeligheten (Thagaard, 2009). Også her er det gjennomsiktighet som styrker forskningsprosjektets gyldighet (Silverman, 2006). Dette gjøres ved at forskeren beskriver hvordan han eller hun har kommet frem til sine konklusjoner, og samtidig stiller kritiske spørsmål til sin egen analyseprosess. Min undersøkelse har basert seg på diskusjonsfora på internett. En mulig begrensning ved å innhente data fra nettfora, er at det kan oppstå misforståelser som man ikke får oppklart. I et intervju vil man kunne stille oppfølgingsspørsmål, samtidig som kroppsspråk, stemmebruk og andre non- verbale inntrykk er med på å gi et både mer detaljer og bredere bilde. Jeg utelukker dermed ikke at jeg kan ha misforstått noen av innleggene, eller tillagt de en annen mening enn intendert. Jeg tror allikevel at det at det er så stort samsvar rundt svarene, gjør at jeg har fått tak på det mest essensielle i forståelsen. Samtidig har mange av innskriverne en muntlig måte å uttrykke seg på, noe som gir liv til datamaterialet. Mange bruker flittig utropstegn, (...), smilefjes, triste fjes og lignende for å si noe om den følelsesmessige intensjonen bak et utsagn. Det at jeg ikke har hatt en relasjon til mine informanter kan ha medført at jeg til tider kunne tenkt meg mer utdypende svar eller forklaringer. Samtidig tror jeg denne anonymiteten har gjort at innskriverne har vært svært åpne rundt det som i utgangspunktet er et sensitivt tema. Hadde jeg vært en del av nettverket, kan man tenke seg at flere av de andre deltakerne ville ha unnlatt å skrive, eller vært mer moderate og tilpasset seg hva de tror jeg ville høre ut i fra min bakgrunn, kjønn, alder eller andre trekk.

I min studie har jeg forholdt meg til seks engelskspråklig nettsider for å utvide datamaterialet. Dette har krevd at jeg har måttet bruke ordbok og internett for å få oversatt ord og uttrykk jeg ikke har forstått. Flere av innskriverne bruker ord og uttrykk som jeg ikke var kjent med, men ved å søke på internett fikk jeg beskrivelser og bilder av hva det var snakk om. Samtidig har jeg latt den engelske versjonen av utsagnene bestå under hele prosessen, og ikke oversatt disse til norsk, for ikke å miste viktig informasjon i en oversettelse. Jeg har også fått andre til å se på datamaterialet for å få bekreftet at vi forstår ord og uttrykk på samme måte.

Etikk

Det kan være nærliggende å tenke at når folk først har skrevet noe som de legger ut på internett, så er de innforstått med at andre leser det de har skrevet, og at dette ikke på noen måte er hemmelig. Dermed kan en også som forsker tenke seg at en ikke trenger å forholde seg til vanlige retningslinjer som ellers gjelder når man rekrutterer folk til forskning, slik som informert samtykke og konfidensialitet. Men også her har det utviklet seg noen konvensjoner for hvordan man som forsker skal oppføre seg etisk. The Association of Internet Researchers (AoIR) ble etablert på 90- tallet, og hadde som formål å være et internasjonal nettverk som skulle promotere kritisk internettforskning uavhengig av disiplin og på tvers av akademiske leire. Gruppen legger blant annet føringer for når det er hensiktsmessig å be om informert samtykke, og når dette ikke er nødvendig. Deres anbefaling går ut på at man kan unnlate å informere deltakerne om at deres utsagn blir brukt til forskning om det er slik at materialet er offentlig. Spørsmålet blir da: hva menes med offentlig? Thompson (1994) definerte dette som det som er synlig og observerbart og som er åpent for at flere kan se og høre om, og tilgjengelig for de som måtte ønske å få et innblikk. Når en ser dette i lys av de internettforaene jeg har studert, har alle disse vært åpne fora på den måten at ingen har krevd medlemskap. Det har ikke vært noe krav om verken å selv være aktiv eller logge seg inn med brukernavn og passord. Markham og Byam (2009) tenker seg at et åpent internettfora er et fora som er åpent og tilgjengelig for alle, og som alle som har internettoppkobling kan få tilgang til. Det krever ikke noen form for registrering eller medlemskap.

Den Nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har utviklet forskningsetiske retningslinjer for forskning på internett. Her vektlegges det at ”Forskning på Internettet er verdifull både fordi den kan gi innsikt i en ny og viktig kommunikasjonskanal” (NESH, 1999). De problematiserer også hvorvidt informasjonen som deles er privat eller offentlig. Komiteen konkluderer med at ”forskere kan som hovedregel fritt benytte materiale fra åpne fora uten å innhente samtykke fra dem som har produsert opplysningene eller dem opplysningene gjelder.” Samtidig er de nøye på at ”Forskere må anonymisere sensitiv informasjon som de gjør bruk av.” ” Ved bruk av sitater fra Internettet i forbindelse med offentliggjøring av forskningsresultater bør forskeren ta tilbørlig hensyn til at det kan være mulig å spore informantenes identitet ved å foreta fulltekst søk på sitatene” (*ibid.*). Jeg har tatt hensyn til spørsmålet om anonymitet i min studie. Dette har jeg gjort ved å endre på deler av sitatene slik at disse ikke kan skrives inn på søkemotorer og spores tilbake til det aktuelle nettforumet. Jeg har også laget fiktive navn på innskriverne. Jeg har valgt

norske navn til de norske innskriverne og engelske navn til de engelskspråklige innskriverne. Opprinnelig hadde innskriverne laget seg alias, altså fiktive navn som kommer opp når de skriver et innlegg. Jeg anser allikevel disse aliasene for å være avslørende i for stor grad. Dette er blant annet fordi flere av aliasene har bilder knyttet til seg, enten av personen selv eller av barnet til innskriveren. Aliasene kan være enkeltstående navn eller navn satt sammen av to eller flere ord. Navnene er ofte assosiert med noe søtt, koselig eller barnlig kombinert med et ord assosiert med det å være mor. Andre alias symboliserer noe ved barnet, enten alder, personlighet eller temperament.

Resultater

Jeg ønsker i denne delen å først si noe om *hvem* som skriver på nettforaene og *hva* de skriver om. Deretter vil jeg gi en presentasjon av foreldrenes forståelse og rådene de gir hverandre belyst med sitat fra datamaterialet. Jeg vil også drøfte de resultatene som blir lagt frem etter hver av de to resultatdelene.

Noen av innskriverne oppgir ikke sin rolle eller intensjon med å være på forumet, og de forblir anonyme, men de fleste av de som skriver innlegg på forumene er mødre av barn som har en eller annen form for selvskadende atferd. Mens mor er den hyppigst representerte innskriveren, er det også opptil flere fedre som skriver innlegg på ett av foraene. Dette forekommer ikke på de andre foraene. Man må allikevel ikke glemme at mange av innskriverne velger å være anonyme, og at det dermed kan være en del ”skjulte ” både fedre og mødre bak disse dekknavnene. Opptil flere er nære slektninger av små barn som selvskader slik som besteforeldre eller tanter. En del av innskriverne oppgir ikke deres rolle eller intensjon med å være på forumet, og de forblir anonyme. Det er også et lite utvalg som består av helsepersonell slik som sykepleiere, helsesøstre, barn- og ungdomsarbeidere, barnehageansatte og ved ett tilfelle, en psykolog. Ved noen få anledninger forekommer egenbeskrivelser, altså voksne mennesker som skriver om da de selv var små barn som selvskadet. Noen få beretter om bekjente, i disse tilfellene barnet til en venninne. Hva handler så innleggene om? Foreldre, besteforeldre, tanter, bekjente og anonyme ser ut til å være aktive med både å komme med beskrivelser av fenomenet, samt å gi råd. Noen inngår i lengre meningsutvekslinger der de blant annet diskuterer hvilken forståelsesmåte som er mest riktig eller hvilke tiltak som i størst grad vil gagne barnet. Mange følger opp andres innlegg med oppmuntrende kommentarer i retning av at det kommer til å gå bra, og at vedkommende ikke

er alene i sin situasjon. Når det kommer til helsepersonell, skiller ikke disse seg noe ytterligere ut fra de andre innskriverne med unntak av den ene psykologen som er representert. Forumet der det er en psykolog som skriver er lagt opp litt annerledes enn de andre foraene. Her er det en kvinne som skriver inn et problem, i dette tilfellet et barn som selvskader, for så å få svar fra fagfolk, i dette tilfellet en psykolog. Psykologens svar er her faglig begrunnet og basert på psykologisk teori og klinisk praksis, ikke private erfaringer. På denne måten skiller hun seg ut fra de andre innskriverne med faglig relevant erfaring. Disse skriver inn som deltakere på foraene på lik linje med andre innskrivere. Ofte skriver de litt på bakgrunn av faglig kompetanse og litt om hvilke erfaringer de har med barn som selvskader privat. Grunnen til at forumet med psykologen er tatt med, er at det følger et lengre diskusjonsfora som oppfølging til psykologens kommentar. Dette blir altså ikke kun et innlegg med svar fra fagfolk, men utvikler seg til et diskusjonsfora på lik linje med de andre fora.

Foraene består i hovedsak av det jeg velger å kalle *erfaringsbaserte beretninger og råd*. Med erfaringsbaserte beretninger mener jeg innlegg der innskriverne skriver om erfaringer med egne barn. Disse inneholder ofte beskrivelser av barnets kjønn, alder på barnet og hvilken type selvskadende atferd de inngår i. Noen forteller om konteksten eller forløperen til selvskadningen, slik som hva som skjer i forkant eller hva som de tror utløser atferden, men dette er heller sjeldent. En del legger til sin forståelsesramme, altså hvordan de forstår selve fenomenet selvskading. I tillegg til å skrive erfaringsbaserte beretninger, skriver mange forslag til råd. Dette kan være alt fra generelle råd som å oppsøke hjelp, til helt konkrete råd til hvilke tiltak som bør iverksettes når barnet slår hodet i veggen. Både når det kommer til generelle og mer spesifikke råd, refereres det oftest til helsepersonell sine råd. Det kan være råd som gis direkte inne på forumet av eksempelvis sykepleiere, barne- og ungdomsarbeidere eller psykolog. Det kan også være råd som gis indirekte via foreldre som skriver inn. Foreldrene forteller for eksempel at de har fått råd av en helsesøster på helsestasjonen, og videreformidler dette inne på forumet. Noen foreldre kommer også med råd uten å sin noe om hva som er kilden til den informasjonen de kommer med, men ofte ser det ut til at de danner seg en forståelse ut i fra erfaringer med eget barn, og at dette generer tanker om hvordan man bør opptre i møte med selvskading hos barn.

De fleste foreldrene beskriver barnas selvskading svært konkret, slik som at barnet slår hodet i veggen eller biter fingrene sine. Mens noen få bare sier: ”barnet mitt skader seg, hva skal jeg gjøre?” Men som sagt spesifiserer de aller fleste hvilken selvskadingsatferd barnet bedriver.

En faktor ved selvskadingen som nevnes av innskriverne er hyppigheten av selvskadingen. De skriver da hvor ofte barnet skader seg, slik som flere ganger om dagen eller at det bare har skjedd et par ganger. En annen faktor ved selvskadingen som det skrives om, er intensiteten av atferden. Noen foreldre skriver at barnet klasker lett, mens andre sier at barnet dunker og smeller hodet hardt mot noe. Det er tydelig beskrivelser av kraftig selvskading når en mor sier følgende om datteren: "...døljet ansiktet så hardt i gulvet at blodet skvatt fra den stakkars nesen hennes". Flere andre forteller at barnet deres slår hodet hardt og ukontrollert mot harde materialer slik som et keramikkgulv. Dette er i den andre enden av spekteret enn de barna som slår hodet lett mot sengekanten. Videre forteller en mor om sønnen som slår seg selv: "Deiser han til seg selv med knyttet neve i panna". Dette kan ses på som et kraftigere uttrykk enn det denne moren beskriver: "Poden har også klasket seg en del i hodet når han har blitt litt frustrert". Variasjon i intensitet ser vi også mellom barna som lugge og de som drar ut en håndfull med hår. Når det kommer til klyping, kan dette høres ut som en mild form for selvskading i forhold til de andre selvskadingsmåtene som er beskrevet. Én mor har allikevel en sterk opplevelse med sin sønn som hun kaller selv- torturist: "når han ligger naken på stellebordet klyper han seg i mage/lår flesket, og han klyper hardt!!". Dette er ikke den eneste moren som har et kallenavn på sønnen sin som sier noe om kraften i ham. Flere andre foreldre bruker ord som rabiatt, turbo, sinnatagg og temperamentsbombe om barnet sitt. Det ser ut til at det er stor variasjon både når det kommer til hyppigheten og intensiteten av atferden hos barna. Når det kommer til hvilken selvskadingsatferd barna faktisk inngår i, er det å slå hodet mot noe eller noen den selvskadingsformen som opptrer hyppigst. De fleste foreldrene forteller at barna slår hodet i gulvet eller veggen. I tillegg til å slå hodet i gulvet og veggen, slår noen av barna hodet i andre deler av huset slik som dører, trapper og glassruter. Noen slår også hodet mot møbler. En mor forteller at sønnen skaller hodet i tv- benken. Flere av mødrene forteller om hvordan barnet kaster hodet bakover når de sitter i stolen sin, og på denne måten slår bakhodet. Andre sier at det er typisk at barnet kaster hodet mot sengekanten om kvelden når han eller hun skal legge seg. Den nest hyppigst rapporterte formen for selvskading, er det å slå seg selv. De fleste av barna som slår seg selv, slår seg i ansiktet eller hodet. Noen foreldre beskriver det som om de straffer seg selv før noen andre gjør det. Én mor beskriver hvordan datteren klasker sin egen hånd når moren sier "nei", som for å signalisere at hun korrigerer seg selv. Det er stor variasjon i hvor på kroppen barna slår seg selv. I tillegg til å slå ansikt og hodet, er det beskrivelser av at barna slår sin egen hånd, ben, nakke, bryst og mage. Mange av foreldrene forteller at barna biter seg selv. Det ser ut til at de fleste barna biter seg i armen, på hånda eller knyttneven. Noen få biter også neglene, fingrene

og leppene sine. Foruten om biting av lepper, biter barna beskrevet i innleggene altså kun i armekstremitetene. En god del av foreldrene forteller at barna deres lugger seg selv. Andre skriver at barna drar ut sitt eget hår. Et av barna blir beskrevet slik: ”...pulls her hair out by the handful if she doesn’t get what she wants”. Noen av barna klorer seg selv. En mor forteller at de puttet gutten sin i en stor seng slik at han kunne få utløp for sinnet sitt her heller enn å gå rundt å slå hodet i ting. Dette endte med at han i stedet klorte seg selv. En annen mor forteller om gutten sin som klapper hender og negler mot hverandre slik at han får kloremerker i form av sår og kutt på hendene. Det er flest beskrivelser av at barna klorer seg i ansiktet. Andre klorer seg på magen eller låret. Noe få foreldre skriver at barna klyper seg selv. Mens noen barn klyper seg i hele ansiktet, klyper andre kun munn- og tungeregionen. Én mor forteller at jenta hennes setter neglen i tungebåndet og klyper til. En annen forteller at gutten hennes klyper seg selv hver gang det er noe han ikke får til eller han ikke får det som han vil, samtidig som han ser mor i øynene. Foruten om de overnevnte selvskadingsformene, forekommer det selvskading som kun beskrives én gang i datamaterialet. En mor forteller om gutten sin som dypper fingeren i varm stearin uten å tilsynelatende få vondt. En fortvilet mor synes datteren har en merkelig oppførsel: hun drar ut øyevippene sine og pirke på skorper på sår samtidig som hun hyler. En annen mor forteller om en gutt på 3 år som i tillegg til å slå og bite seg selv, bøyer fingrene sine bakover når han blir sint eller ikke får det som han vil.

Foreldrenes forståelse av selvskading hos barn

Jeg har avslørt fem kategorier i materialet av foreldrenes forståelse av selvskadingsatferd hos barna. Under presenteres de ulike forståelsene med tilhørende eksempler som er ment å belyse essensen innen hver gruppe av forståelse.

1 Det har noe med barnets alder å gjøre

En dominerende forståelse blant foreldrene er at selvskading hos barna er et resultat av at barnet befinner seg på et gitt alderstrinn. Flere kommenterer at det er ”typisk for alderen”, eller at dette er noe spedbarn ofte gjør. Én mor tror det er spesielt for gutter i spedbarnsalderen. Anna gir sin forståelse:

Vi var igjennom en sånn periode for et halvt års tid siden, og det gikk over av seg selv. Jeg har lest at det er ganske normalt, men det er ikke noe gøy å se på.

Anna sin beskrivelse er representativ for flere av de andre mødrene. I likhet med de andre innskriverne mener også denne moren at selvskadingen vil gå over med tiden. Akkurat denne moren har erfaring med at selvskadingen har gått over, mens flere av de andre foreldrene sier at de håper og tror at den vil gå over, men at de ikke kan vite for sikkert. Disse foreldrene har altså en bestemt form for utviklingsforståelse i bunn. Det vil si at de ser på barnets atferd i lys av menneskelig utvikling, der barnet beveger seg fra et utviklingstrinn til et annet, og der barnet legger bak seg stadier preget av en viss type atferd, og som blir erstattet av stadier der annen atferd dominerer. Denne forståelse kommer tydelig frem der kvinnene sammenligner barnets nåværende alder, men fremtidige alderstrinn. Én mor, som også er sykepleier, nyanserer mellom 1 ½ – åringen og 3- åringen. Hun sier at forskjellen ligger i at man med det eldste barnet kan forklare ting, og gi skikkelige tilbakemeldinger. Hun legger her til grunn en forståelse om at det minste barnet befinner seg på et lavere forståelsesnivå og språklig stadie enn det eldre barnet, og at man må ta høyde for dette både i forståelsen, men også med tanke på intervensjoner ovenfor barnets atferd. Det vil ikke nytte å forklare et barn at det ikke kan skade seg selv, hvis det ikke forstår hva mor eller far sier. Berte trekker også frem hvordan ulike alderstrinn fremviser ulik atferd. Hun sier blant annet at 10- åringer har utviklet andre måter å kommunisere på enn 2- åringen, og legger til at det kan være normalt for 2- åringer å slå seg selv. Berte har en forståelse av at det å slå seg selv er relatert til alder, men hun sier også at det har med kommunikasjon å gjøre. Altså tenker hun at små barn rundt 2 år forsøker å kommunisere noe ved å slå seg selv. Adriana slutter seg også til denne sekundære forståelsen av selvskading, nemlig at barnets alder sier noe om evnen til kommunikasjon. Adriana er både mor og førskolelærer, og forteller at hennes forståelse er basert på erfaringer fra begge arenaer:

As a former Pre- school teacher, I can assure you; it is quite common for children to strike out at themselves in frustration. As they become more verbal and able to make themselves understood, usually this behavior dissipates. NOTE: I SAID USUALLY. As with all things, especially related to children, there are no set rules or guarantees!

Adriana mener altså at atferden vil forsvinne i takt med barnets økende evne til å verbalisere og gjøre seg forstått. Men i motsetning til flere andre, presiserer Adriana at det finnes unntak. Hun legger her til elementet om individuelle forskjeller i utvikling. Betty kaller sønnen sin for en sinnatagg, mens Carina skriver at minstejenta hennes har vært en hissigpropp siden hun var baby. De attribuerer selvskadingen til barnas temperament i møte med det alderstrinnet de nå

befinner seg. Altså ser de et iboende trekk hos barnet (hissig temperament) som ved 2- 3-årsalderen ikke finner noe annet utløp enn selvskading.

2 Barnet ønsker å formidle noe, og klarer ikke uttrykke dette

En annen forståelse foreldrene har i forbindelse med at barnet deres selvskader, er at barnet deres ønsker å uttrykke noe, men at de ikke vet hvordan de skal få uttrykt det de har inni seg. I likhet med avsnittet over, er det mange som mener at det handler om at barnet ikke har fullt utviklet språk enda. Men foreldrene med denne forståelsen går ofte litt lenger i sin forklaring. De legger vekt på *hva* barnet ønsker å formidle, og de tror ikke nødvendigvis at atferden er aldersbetinget. Når det kommer til hva barnet prøver å uttrykke, skriver de fleste foreldrene at de tror selvskadingen er et uttrykk for sinne, frustrasjon eller at barnet er generelt opprørt. En av kvinnen har sin forståelse fra en forelesning hun har vært på. Hun forstår selvskadingen først og fremst som en ventileringsavvond følelse barnet ikke kan kontrollere. Dette er i tråd med hva flere andre opplever. Mange skriver at de tydelig ser at barnet er i en tilstand av negativt humør, og at de får en følelse av at barnet ønsker å kommunisere noe. Deretter følger selvskadingen. Cindy forklarer det slik:

After a lot of observation I noticed that my son is more advanced physically than verbally so his frustration comes out in hitting and throwing instead of words.

Hennes forståelse går ut på at sønnen har kommet lengre i sin fysiske utvikling enn i sin verbale utvikling, noe som resulterer i et fysisk uttrykk for frustrasjon slik som å slå seg selv eller kaste ting. Det er ikke uvanlig at foreldrene på forumene har denne forståelse av at barnet er kommet lengre i sin utvikling på noen områder, og kortere på andre, og at denne diskrepansen fører til selvskadingsatferd. En av de få fedrene på forumet, Andrew, slutter seg til denne forståelsen. Han mener at selvskadingen er et resultat av sakte språkutvikling kombinert med avanserte fysiske evner. En mor ser det på en annen måte. Hun føler at sønnen er svært intelligent, og at han tar inn mer enn han ever å respondere. Altså oppstår selvskadingen fordi barna forstår mer enn de greier å uttrykke. Debbie, en annen mor, ser det på denne måten:

I think it is both an inability to communicate their feelings, and that their language ability has not caught up with their physical wants. We have to remember that they are feeling things for the first time in their lives and dealing with those feelings is not easy when you do not have the tools yet.

Debbie viser til begrensningene barnet opplever ved ikke å ha språkferdigheten til å kommunisere det fysiske behovet sitt. Hun anerkjenner også barnets streben etter å hanskes med nye følelser uten enda å ha lært de nødvendige verktøyene. Rose er en mor som har vært opptatt av å gi sønnen de nødvendige språklige verktøyene for å få slutt på selvskadingen. Hun har sendt sønnen til en språkterapeut som jobber med hvordan gutten kan utvikle akseptable responser i ulike situasjoner. Hun sier at ved å komme over språkbarrieren, har sønnen blitt mye bedre.

3 Barnet gjør det for å få viljen sin

En tredje forståelse av at barna selvskader, er at de gjør dette for å få viljen sin. Foreldrene med denne forståelsen ser på barnet som et intensjonelt vesen, som bruker seg selv for å oppnå noe fra den andre, i dette tilfellet foreldrene. Akkurat *hva* barnet ønsker seg fra foreldrene varierer noe, men de fleste foreldrene tror barnet er ute etter oppmerksomhet. Flere presiserer at de tror ikke det er av betydning for barnet hvorvidt det er positiv eller negativ oppmerksomhet, så lenge det er oppmerksomhet. Men foreldrene tror også barna har andre ønsker og behov de vil ha innfridd via atferden sin. En mor forteller at sønnen gjør det for å få flere kjeks, mens en annen forteller at barnet gjør det for å slippe å bade. Flere forteller at barnet initierer selvskading ved leggetid, og de tror dermed at barnet skader seg for å unngå å måtte legge seg til å sove. Eirin er representativ for foreldrene i denne kategorien. Hun har også gjort seg noen observasjoner og betraktninger rundt mekanismene mellom mor og barn i selvskadingssituasjonen:

I have noticed that she does this more to get my attention. I think looking at her or talking to her when she hits herself tells her 'this is the way mommy stops and looks at me'.

Eirin tror altså at det å gi barnet oppmerksomhet i selvskadingssituasjonen vil gjøre at barnet integrerer en forståelse av at selvskading må til for at mamma skal stoppe opp og se meg. Dermed blir atferden er form for operant betinging, der mors atferd bekrefter atferden, slik at den repeteres. Holly har også lagt merke til mye av det samme som Eirin. Hun har observert at sønnen gjerne vil ha øyekontakt når han slår seg. Hun tolke dette som en intensjonell handling for å få kontakt og kontroll over henne, og på den måten få det han ønsker seg. Flere mødre, i likhet med Holly, tillegger barnet stor grad av intensjon bak handlingene sine. Noen mødre bruker ord som manipulering og taktikk. Andre tenker mer som Eirin, at selvskadingen

ikke er basert på kognitive overveielse og intensjon, men heller en enklere atferdsreaksjon om at ”hvis jeg gjør A, skjer B”.

Inverse tror også at barnet selvskader for å få det som han/hun vil. Hun oppfordrer til å innta barnets posisjon, og får på denne måten en mer utdypende forståelse, som hun deler med de andre på forumet:

Is it really that hard to understand? Put yourself in the position of the toddler. Someone once swaddled, coddled and held you constantly. Every cry answered. Every need given. The center of attention. An endorphin rush at the very acknowledgment of presence. Nothing makes a child feel more acknowledged than when adults come to their aid with pain.

Fiona belyser overgangen fra å være et lite spedbarn i mors favn, og all den oppmerksomheten og fysiske kontakten dette innebærer til å bli et selvdrevent individ. En anonym innskriver forteller at sønnen begynte å slå seg selv samtidig som lillebroren begynte å bli mer mobil. Hun tror at selvskadingen er en reaksjon på at lillebror i denne perioden fikk mer oppmerksomhet fra mor og far, og at kosen som barnet får i forbindelse med at hun har skadet seg blir både en psykologisk og fysiologisk belønning.

4 Barnet blir påvirket av nære andre

En fjerde forståelse foreldre har, er at selvskadingen er et resultat av at barna blir påvirket av nære andre. Barnet kan påvirkes på tre ulike måter. Den første måten barnet kan bli påvirket på er gjennom at barnet ikke får det de trenger fra sine omsorgsgivere. Ikke mange foreldre har denne forståelsen, men Gina er en av mødrene med denne forståelsen. Hun er stemor for ei lita jente som klorer og klyper seg selv, samt dunker hodet i veggen og møbler i grensesettingssituasjoner. Hun tror atferden er et resultat av en uheldig dynamikk mellom biologisk mor og barn på bakgrunn av mangler hos biologisk mor:

Det kan være at hun har fått skikkelig kjeft for å være trassig eller for å være sint. Kanskje er det derfor hun reagerer med å skade seg. Det kan være en frustrasjon over å bli møtt med grenser.

Stemoren i dette tilfellet prøver å gi barnet noe av det hun føler biologisk mor ikke har hatt evne til å gi, nemlig grensesetting med omsorg heller enn kjeft. Dette innlegget vekker mye støtte og medfølelse hos de andre mødrene. De ønsker å gi sin forståelse av stebarnet til Gina.

Drude tror barnet må ha blitt sulteforet på stimuli i sitt opprinnelige oppvekstmiljø. Hun spekulerer også i om jenta kan ha blitt alvorlig forsømt. Hilda har vært på forelesning om selvskading hos små barn og har ut i fra dette en forståelse av at det kan skyldes tilknytingsproblematikk, gjerne knyttet til mishandling eller forsømmelse av foreldrene. Den andre måten foreldrene forstår påvirkning på, er at barnet selvskader som et resultat av endringer i familiestrukturen. Det kan være at mor er hjemmeværende, har begynt i jobb igjen, eller at far blir deportert til militærtjeneste. En mor har selv helseplager, og lurte på om sønnen kan ha plukket opp hennes stress rundt dette. En annen mor forteller at hun har jobbet i sønnens barnehage, men at hun har fått sparken etter nedskjæringer. Gutten begynte å selvskade etter dette. Flere opplever at selvskadingen begynte når det kom en ny bror eller søster inn i familien, og tror dette kan være årsaken. Den tredje måten barna kan bli påvirket av sine nærmeste på, er at barnet tar etter noen andre som selvskader. En mor er bekymret for om sønnen har sett far slå hodet i veggen, mens en annen tror datteren hermer etter et annet barn i barnehagen som selvskader.

5 Det er en følge av en utviklingsforstyrrelse, en fysisk eller psykisk lidelse, eller noe med sanseapparatet

En femte forståelse av små barns selvskading handler om at foreldrene ser på selvskadingen som et uttrykk for at barnet har en form for utviklingsforstyrrelse, en psykisk lidelse, eller at det er noe med barnets sanseapparat. Felles for denne gruppene, er at de ikke tror barnet deres er som andre barn. De skriver ofte at atferden til barnet ikke er *normal* eller *vanlig*. Den første gruppen foreldre innen denne kategorien, har en forståelse av at selvskadingen skyldes at barnet har en utviklingsforstyrrelse. Mange nevner autisme som mulig forklaring. Noen foreldre forteller at de har sett autistiske barn i ulike sammenhenger, og synes atferden ligner på den de har sett hos disse barna. Andre har lest om autisme, og ser en parallell mellom selvskadingsatferden som er typisk ved noen typer utviklingsforstyrrelse og den selvskadingen deres barn bedriver.

Den andre gruppen foreldre innen denne kategorien, har en forståelse av at barnets selvskadingsatferd skyldes en fysisk eller psykisk lidelse. En anonym innskriver forteller at gutten hennes har fått diagnosen epilepsi, og presiserer at det finnes mange typer epilepsi. I sønnen hennes sitt tilfelle, fremviser han ikke ukontrollerte spasmer, men dunker hodet i skap og gulv. Evelyn foreslår nattskrekk som en mulig forklaring på atferden uten å utdype denne forståelsen noe mer. Frida skriver at datteren hennes har fått diagnosen nattskrekk uten at

dette har vært særlig oppklarende. Legen sa at de bruker nattskrek som en "vi- finn- ikke- noe- galt- men- vet- ikke- helt- hva- det- er- heller"- diagnose. Dermed føler hun at hun ikke har kommet noe lenger i søken etter å forstå datterens selvskadingsatferd. En anonym mor uttrykker sin fortvilelse rundt det å ikke få en korrekt diagnose. Hun har tvillinggutter, hvorpå den ene har hatt et normalt utviklingsforløp, mens den andre tvillingen har strevd med blant annet selvskading:

I was told this was normal. I was told that he was only trying to get my full attention because there were two of them, and that it was survival of the fittest. The Doctors at the time told me that it was completely normal, and that at least he wasn't doing it to his brother. I ALWAYS heard that he'd 'grow out of it' at every check up. My son is 11 years old now, and they no longer try to tell me that! I only wish that I had a Doctor say 'this is abnormal, we should really try...' when he was little. I still don't have a definite diagnosis. He is either bipolar or has ADHD. Your child may very well have grown out of this already, but I'm still looking for answers with mine.

Denne moren aksepterer at sønnen driver med selvskading, men hennes fortvilelse går i retning av å ikke vite *hva* det skyldes, og dermed ikke kunne gi ham den hjelpen han trenger. Flere av de andre foreldrene fremviser frykt nettopp for dette som denne moren har opplevd. Frykten for at det ligger noe under selvskadingsatferden som krever helsehjelp for å holdes i sjakk, eller for at det ikke skal utvikle seg til noe mer alvorlig. En mor sier blant annet at hun er redd for at datteren skal begynne å kutte seg når hun blir eldre, mens en annen mor er bekymret for senvirkningene av at barnet slår holdet i steingulvet. Dette blir fulgt opp av en mann som forteller om sin bakgrunn med å slå hodet i veggen og gulvet da han var liten. I en alder av 30 år slår han fremdeles hodet i gulvet fra tid til annen. En annen innskriver lurte på om selvskading kan være arvelig på noen måte. En av mødrene, Inez, lurte på hvor mye av hennes og farens belastninger som kan være arvelige:

My daughters da dad is clinically depressed. He is extremely antisocial and used to self- harm. When he is stressed he tends to become food obsessed and has anorexic tendencies. His mother again was anorexic and his brother is a compulsive overeater, maybe sociopathic. I am a recovering agoraphobic myself and have also recovered an eatingdisorder. I used to cut myself, and I am manic- depressive. I think I might have OCD as well. My mom is a recovered bulimic and my sister is a compulsive over eater. How much of this is hereditary?

Inez legger her frem hvordan flere ledd i familien er preget av ulike psykiske lidelser. Spørsmålet om arvelighet er legitimt. Jane svarer at hun tror selvskading er normalt ved barnets alder, men at det å være manisk depressiv og OCD er arvelig. Et par andre mødrene kommenterer at de *ikke* tror atferden er arvelig. Ellers forblir dette en svært kort tråd med få innspill på Inez opprinnelige spørsmål om arvelighet.

Den tredje gruppen forståelse innen denne kategorien, tror selvskadingen har noe å gjøre med barnets sanseapparat. Noen foreldrene mener at det handler om at barnet får for mye stimulering. Kate forteller om sønnen sin som blir overivrig når han leker fordi han får for mye sanseinntrykk. Han går raskt fra å være i lek til å slå hodet i veggen. Andre igjen forstår selvskadingen som et uttrykk for at de får for lite sansestimulering. Penny skriver om hvordan datteren hennes blir frustrert og biter og klorer seg selv hvis hun er understimulert. Atferden går over hvis foreldrene introduserer det de kaller sanseaktiviteter. Hilda har en forklaring på hvorfor barna har dette behovet for sansestimulering. Hun tror at selvstimulering i form av repetitiv atferd (slå hodet i veggen gjentatte ganger) gir en slags hypnotisk effekt som gjør at barnet blir brakt ut av en situasjon mentalt. Altså blir selvskading en form for mentalt flukt. Guri er bekymret for at sønnen ikke sanser, og reagerer på smerte. Hun forteller at gutten hennes dypper fingeren i varm stearin og skaller hodet i tv- benken. Hun tror det må skyldes at han ikke får vondt, men lurer på hvorfor. De andre mødrene svarer ut i fra sin forståelse. Lindsay skriver at hun har lest om barn som ikke kjenner smerte. Hanna lurer på om det kan handle om at skjelettet ikke er fult sammenvokst, og at barnet blir mykere, og på den måten ikke kjenner like mye smerte. Marilyn foreslår at det handler om høy smerteterskel eller at han ved en skade kan ha mistet følsomheten sin på et tidligere tidspunkt. Mens diskusjonen rundt Guri sin sønn omhandlet å selvskade fordi man ikke kjenner smerte, er det andre innlegge som omhandler det å være overfølsom for smerte. Ida skriver om babyen sin som klorer seg på lårene når han sitter i vippestolen sin i bare bodyen. Hun får svar fra Johanna som lurer på om kloringen kommer av en reaksjon på parfyme i vaskemiddelet. Frida har også en forståelse av selvskading som en reaksjon på noe som påføres barnet. Hun tror at selvskading ofte kan skyldes melkeallergi, slik som hos datteren hennes. Hun begynte å få anfall der hun kastet seg bakover i full kraft da hun var rundt ett år gammel. Nå forstår moren dette som et uttrykk for smerte på grunn av allergien. Nancy har en lignende oppfatning rundt selvskading og allergi. Hun beskriver det slik:

This could be attributed to food allergies as well. Sometimes children have such severe food allergies that they become inflamed on the inside of their bodies. The

onset is generally around 20 months. This can cause the child to self- abuse because they are trying to tame the itching or pain.

Nancy har her en forklaring på barnets selvskading som omhandler en hypersensitivitet hos barnet. Oppsummert har foreldrene en forståelse av at barnet tar inn for lite stimulering, og må dermed stimulere seg selv, eller de tar inn for mye, og selvskader i frustrasjon over det ukontrollerbare ubehaget det medfører å bli overstimulert.

Foreldrenes forståelse- drøfting

Resultatene over viser at foreldrene på nettforaene jeg har undersøkt, har fem ulike forståelsesmåter rundt selvskading blant små barn. I det følgende vil jeg drøfte forståelsene i lys av deres grad av kompleksitet, oppfattet alvorlighetsgrad, attribusjonsstil og paralleller til psykologisk teori.

Grad av kompleksitet: Foreldrene viser både enkle og mer komplekse forståelsesmåter. Når foreldrene sier at barnet selvskader fordi han eller hun befinner seg på i en gitt alder, kan dette ses på som en relativt enkel forklaringsmodell i retning av årsak- virkning- tenkning: Fordi barnet er 2 år selvskader hun, men noen av foreldrene innen denne kategorien har en dypere forståelse av at atferden er representativ for et utviklingsstadium som inneholder visse begrensninger. En slik begrensning kan være at barnet har et lite utviklet språk. De tenker seg videre at med utvikling og modning vil barnet gå over i nye stadier der de ikke lenger har disse begrensningene, og at dette fører til at atferden forsvinner. Foreldrene som tror at barnet selvskader fordi de ønsker å uttrykke noe, har stort sett en relativt kompleks forståelse. Deres forståelse strekker seg over flere ledd, der de først og fremst tenker at barnet ønsker å uttrykke noe, og anerkjenner med dette at barnet har et indre sjeleliv. Deretter tar de med i betraktningen at barnet befinner seg på et utviklingsstadium der språket er begrenset. Også innenfor kategorien om at barnet ønsker å få viljen sin, er det variasjon i kompleksiteten i forståelsen. Noen foreldre sier eksempelvis at barnet selvskader for å få viljen sin. Også dette er en årsak- virkning- tenkning uten noen bakenforliggende forståelsesramme, og uten at mekanismene bak årsak- virkning forklares. Andre tenker i større grad på mekanismene som er involvert, slik som en mor som tror sønnen er ute eller oppmerksomhet, men at grunnen til at han nettopp selvskader, er at dette er det som har vist seg virkningsfullt tidligere. Dette er en forståelse som ligner forståelsen av at barnet blir påvirket av nære andre. Også her ser vi en

forståelse som befinner seg på et overflatenivå. Foreldrene tror at barnet selvskader fordi det blir forsømt, fordi det oppstår endringer i hjemmet, eller fordi det tar etter andre. Men forståelsene sier ingenting om *hvorfor* barnet blir påvirket, og *hvilke* mekanismer som ligger bak. Den siste forståelsen som legger til grunn utviklingsforstyrrelse, fysisk eller psykisk lidelse eller noe med sanseapparatet, skiller seg noe fra de andre, og er mer i tråd med en sykdomsmodell. Dette gjør det vanskeligere å si noe om kompleksiteten av forståelsen. Det er heller en egen forståelse av at barnet fremviser et symptom, symptomet kan være et uttrykk for en lidelse, og hvis vi vet lidelsen, så kan det som regel behandles.

De fleste forståelsesmåtene ser altså ut til å være preget av ulik dybde og kompleksitet. Overordnet kan det virke som om, uavhengig av forståelsesmåte, at noen foreldre tenker mer i retning av årsak- virkning, mens andre legger noe mer vekt på mekanismene bak atferden.

Oppfattet alvorlighetsgrad: Foreldrene varierer også med hensyn til hvor alvorlig de anser selvskadingsatferden til å være. Foreldrene som har en forståelse av at selvskadingen har noe med alder å gjøre, er de foreldrene som ser ut til å anse atferden som minst alvorlig. Disse tenker at selvskadingen vil gå over med tiden uten at en trenger å intervenere. Foreldrene som tror at barnet forsøker å uttrykke noe med selvskadingen, uttrykker heller ikke stor bekymring for atferden, men tenker at intervensjoner fra foreldrene selv kan hjelpe. Disse foreldrene ser ut til å tenke at det er et lite problem, men at problemet er vanlig og vil gå over med tiden. Foreldrene som tror at barnet selvskader for å få viljen sin, anser også atferden til å være et problem, og de etterlyser i større grad enn den forrige gruppen foreldre et behov for å intervenere. Foreldrene som tenker at barnet blir påvirket av andre er generelt mer bekymret enn de tre første gruppene, men innad i gruppen varierer bekymringen ut i fra på hvilken måte de tenker at barnet har blitt påvirket. Der det er snakk om forsømmelse av barnet, er det stor grad av bekymring, og helsehjelp etterlyses. Der det er snakk om at barnet tar etter noe i barnehagen vekkes det mer moderat bekymring hos foreldrene, og disse tenker ofte at man ikke nødvendigvis trenger helsehjelp. Den siste gruppen foreldre som har en forståelse av at det er noe annerledes med det enkelte barnet, er den gruppen som ser på selvskadingen med størst alvorlighet. Disse foreldrene tenker stort sett alltid at atferden krever helsehjelp.

Altså varierer det i hvilken grad forståelsene fremmer bekymring hos foreldrene. Det ser ut til at de forståelsene som ikke ser på atferden som særlig alvorlig, også er de som minst sannsynlig har planer om å gjennomføre noen tiltak. Samtidig ser det ut til at de som anser atferden til å være svært alvorlig, er de som mest sannsynlig oppsøker helsehjelp.

Attribusjonsstil: Foreldreforståelsen i utvalget varierer med hensyn til årsaksforklaring av selvskadingen. Heider (1958) foreslår to måter å forstå andres atferd. Det første forståelsen går ut på at man forstår andre atferd basert på indre årsaker. Dette kan være disposisjoner i en person slik som trekk eller evner. Den andre forståelsen går ut på at man forstår atferden som basert på ytre årsaker. Dette kan være elementer i en situasjon, enten fysiske eller psykologiske. Den første, andre, tredje og femte forståelsen som er beskrevet er basert på at det er noe inni barnet som fører til selvskadingen. Enten det er alder, det å uttrykke noe, få viljen sin eller en utviklingsforstyrrelse, fysisk eller psykisk lidelse eller noe med sanseapparatet. Alle disse har en forståelse av at atferden skyldes noe inni barnet. Den fjerde forståelsen handler om barnet blir påvirket av andre. Disse foreldrene har dermed en ytre, situasjonsbestemt forklaring på barnets atferd. Altså ser de fleste foreldrene på atferden som noe som befinner seg inni barnet, mens noen få forstår det som noe utenfor barnet. Dermed er det ingen av forståelsene som tar høyde for at atferden kan være et uttrykk for interaksjon mellom barn og foreldre. Foreldrene ser altså ikke sin egen rolle i møte barnets unike temperament, personlighet og erfaringer. Dette vil jeg komme tilbake til i den avsluttende diskusjonen.

Paralleller til psykologisk teori: Uten at foreldrene selv viser til det, er en overordnet kommentar at foreldrenes forståelse har paralleller innen utviklingspsykologisk teori. Eksempelvis har noen foreldre en forståelse av at selvskadingsatferden har noe med barnets alder å gjøre. Dette er i tråd med hvordan Piaget (1971) forstår barns atferd, nemlig at det operer i stadier preget av en viss kognitiv og sosial utvikling, som etter hvert som barnet modnes går over til et stadium preget av andre trekk. På samme måte har foreldrene som har en forståelse av at barnet ønsker å formidle noe, paralleller innen psykologisk teori. Freud så blant annet barnet som en vesen med iboende ønsker, drifter og behov som det ønsker å formidle og dermed få dekket av omsorgsgiver (Freud, 1963). Også Winnicott (1971) er opptatt av at kommunikasjon mellom mor og barn er viktig i den tidlige fasen av barnets utvikling. Han mener at barnet begynner å kommunisere allerede før språket er utviklet, og hvordan barnet kommuniserer er blant annet påvirket av hvordan mor tolker barnets atferd, og deres kommunikasjon igjen. Også foreldrene som mener at barnet selvskader for å få viljen sin, har en kobling til teori innen utviklingspsykologi. Erikson (1963) fremhever hvordan spedbarnet strever mot uavhengighet fra omsorgsgivere i takt med at det får større bevissthet rundt egne ønsker. Mahler operer med begrepet *psykisk fødsel*, for å illustrere hvordan barnet gjennom sin atferd forsøker å løsrive seg fra oppfatningen om at mor og barn er ett

(Tetzchner, 2001). Separasjonen går ut på at barnet forsøker å danne en representasjon av seg selv som er tydelig adskilt fra mor (Mahler, Pine & Bergman, 1975). Nettopp ved å fremvise en egen vilje blir barnet tydelig for seg selv. I motsetning til Mahler, mener Stern (1985) at barnet ikke er psykisk uatskillelig fra mor den første levetiden. Han mener derimot at barnets selvutvikling er et resultat av det som foregår mellom barnet og den sosiale verdenen det lever i. Han påpeker hvordan forstyrrelser i utviklingen av selvet, igjen vil kunne føre til blant annet psykiske vansker eller avvikende sosial fungering (Tetzchner, 2001). Dette ligner på den forståelsen flere av de andre foreldrene har, nemlig at barnet blir påvirket av nære andre. Bronfenbrenner (1986) er av de som deler dette synet med foreldrene. Han har sett på forskning om ytre miljøfaktors påvirkning på menneskelig utvikling, og funnet at barnet i stor grad blir påvirket av det miljøet det direkte eller indirekte blir utsatt for. Med indirekte menes det her at barnet kan bli påvirket gjennom at eksempelvis foreldrene er påvirket. Eksempelvis at foreldrene blir arbeidsledige. Altså ser de ikke på selvskadingen som noe som utelukkende oppstår på bakgrunn av noe i barnet, men heller noe i interaksjonen mellom barnet og det sosiale miljøet rundt barnet. En siste forståelse som flere av foreldrene har, er forståelsen om at selvskadingen kan skyldes en utviklingsforstyrrelse, en fysisk eller psykisk lidelse, eller at det er noe med barnets sanseapparat. En rekke studier har blant annet identifisert selvskadingsatferd blant små barn med utviklingsforstyrrelser (Durand & Crimmins, 1988).

Foreldrenes råd til hverandre om hvordan håndter små barn som selvskader

Foreldrene på nettforaene jeg har undersøkt har som nevnt ulik forståelse av hvorfor små barn selvskader. Jeg har avdekket syv ulike kategorier i materialet for råd og forslag som foreldrene gir hverandre.

1 Avvente

Det første rådet dreier seg om å avvente. Altså å forholde seg passivt til barnets atferd, heller enn aktivt å initiere noen form for intervensjon eller tiltak. Forslagene innen denne kategorien legger vekt på at foreldrene ikke skal foreta seg noe i forhold til selvskadingsatferden, men heller vente og se om endring vil skje uten at foreldrene foretar seg noe spesielt. Paula fikk beskjed fra sin lege om å vente, og atferden til hennes sønn gikk over da han var rundt to år. Her ligger en forståelse om at selvskadingen er knyttet til alder, og at det er en naturlig del av

barnets utvikling at det vil gå over. Berte har en forklaring på hvorfor man bør avvente som foreldre. Hun tror at selvskading hos de små barna skyldes manglende kommunikative ferdigheter. Dermed mener hun at selvskadingen automatisk vil avta og forsvinne når barnet naturlig utvikler disse ferdighetene, særlig språkferdighetene. Judy har fem barn og mye erfaring med selvskading. Hun har én gutt med hjerneskade og to døtre som selvskader, samt to døtre hun sier har det greit. Den eldste datteren er nå 18 år og kutter seg og slår seg selv i ansiktet. Dette har hun gjort siden hun var liten. Den yngste datteren er 1 år, og har begynt å slå seg i ansiktet. Moren føler at hun har blitt straffet av Gud, og har følgende råd:

It is no ones fault. I just keep the faith in God. I just continue praying.

Judy sin forståelse skiller seg noe fra flere av de andre foreldrene. Det gjør også rådet hennes. Hun avventer ikke med tanke på at barnets naturlige utvikling vil endre atferden, slik mange andre foreldre gjør. Hun avventer av en helt annen grunn. Hun avventer for å bli hørt av Gud. På denne måten foretar hun seg ikke noe direkte i møte med selvskadingen hos barna, men hun jobber aktivt inni seg for å opprettholde troen. Dette er et eksempel på et skille mellom norske og engelskspråklige fora. Mens flere av de norske innskriverne foreslår å avvente situasjonen med barnet som selvskader, er det ingen som nevner noe om tro eller Gud. Dette forekommer kun i de engelskspråklige foraene.

2 Overse

Det andre rådet handler om å overse barnet som selvskader. Dette rådet skiller seg fra rådet om å avvente, da foreldrene innen denne kategorien ser på det å overse barnet som en mer aktiv strategi. Flere av foreldrene synes det er vondt og vanskelig, og må jobbe hardt for å snu seg vekk i denne situasjonen. Dette er et råd som både er basert på erfaringer foreldrene har med egne barn, men også et råd som er hyppig sitert fra helsesøstre. Flere av foreldrene med erfaring om å overse barnet opplever dette som en effektiv strategi. En mor forteller at første gangen hun forsøkte å overse sønnen stoppet han umiddelbart, og har ikke forsøkt å skade seg igjen etter dette. Elin har noen tanker rundt *hvorfor* dette kan være et godt råd:

Jeg ville ikke gitt han verken negativ eller positiv oppmerksomhet på dette. Jeg ville ikke forklart noe rundt dette, bare oversett det på en måte. Han merker jo at han får vondt. Når han ser han at det ikke nytter med denne metoden, tror jeg nok at han finner en annen mindre voldelig metode.

Flere foreldre er enig i at det ikke spiller noen rolle hvorvidt oppmerksomheten er positiv eller negativ, men at barnet er ute etter oppmerksomheten. Noen har erfaring med at det å gi oppmerksomhet for uønsket atferden forsterker den, uavhengig av om det er trøst eller kjeft. Elin foreslår en noe mer aktiv strategi for å overse barnet som selvskader. Hun skisserer at foreldre kan late som om de lese engasjert i en avis, eller gå ut av rommet som barnet er i. En annen mor har fått råd fra helsesøster om noe av det samme, nemlig å late som man skal på toalettet eller gå ut av rommet. Denne helsesøsteren sier imidlertid at det er viktig å gjøre dette så naturlig som mulig, slik at barnet ikke føler seg avvist. Dette står noe i motsetning til hva flere andre mødre tenker er en god strategi. Happy mener blant annet at det er fruktbart å distansere seg noe fra barnet som selvskader. Hun foreslår at man ikke gir barnet oppmerksomhet for atferden, men at man samtidig kan være tilgjengelig for trøst. Hun presiserer allikevel at dette burde være en kjølig og distansert form for trøst. En annen mor har begynt å si til gutten sin ”det gjør vondt for deg, ikke meg”, for så å overse han. Disse foreldrene tar ikke i like stor grad høyde for barnets opplevelse av avvisning fra mor.

3 Oppsøke helsehjelp

Det tredje rådet mange foreldre gir hverandre, er rådet om å oppsøke helsehjelp. Det er flere ulike måter å se på det med helsehjelp. For mange foreldrene innebærer det å oppsøke de lett tilgjengelig førstelinjetilbudene, slik som helsestasjon og helsesøster. For noen handler det om å ta kontakt med fastlegen sin. Og for andre igjen innebærer det å oppsøke spesialister, slik som på BUP. En kan lett tenke seg at denne kategorien foreldre er foreldre som mener at selvskading indikerer at noe er galt, og at det krever helsehjelp. Dette stemmer til en viss grad, men ikke helt. Når det kommer til foreldrene som går til helsesøster og helsestasjonen, er det mange av disse som tenker at selvskading kan være en del av normaltutviklingen. Grunnen til at de oppsøker helsehjelp, er at de ønsker råd om hvordan de som foreldre kan møte barnets atferd best mulig. De ønsker ikke nødvendigvis en diagnose, men mange er interessert i å høre fra en fagperson hvorfor barnet selvskader.

Når det kommer til de foreldrene som vurderer å gå til legen sin, er det mange som skriver at de gjør dette for å utelukke andre årsaker. Whitney skriver at hun fikk beskjed på helsestasjonen om at selvskadingen ikke er farlig. Hun synes allikevel det er mer betryggende å gå til legen for denne avkreftelsen. Men for noen virker terskelen for å komme med selvskadingsproblematikk til legen, for høy. Stephanie skriver at hun har forsøkt *alt* for å stoppe gutten sin fra selvskading. Atferden har pågått en god stund, og blir bare verre og verre

ifølge denne moren. Hun skriver videre at hun blir gråtkvalt av å lese de andre innleggene, og at hun nå virkelig vurderer å dra til legen. Det kan her virke som om det å lese om andre i samme situasjon er med på å motivere henne til å oppsøke hjelp. Akkurat *hva* med de andre innleggene som motiverer henne skriver hun ingenting om. Kanskje har hun samme frykt som denne moren:

Huff, jeg blir helt svett. Jeg gruer meg til vi skal på helsestasjonen til uka. Da blir jeg vel sendt rett til barnevernet. Kan noen fortelle meg at dette er normalt..?

Denne anonyme innskriveren er redd for å bli sendt til barnevernet ettersom gutten hennes har slått hodet sitt så hardt inn i veggen og gulvet de siste dagene at han har blitt gul og blå. Det ville være betryggende for henne å få høre at selvskading er normalt før hun skal på helsestasjonen. Dette kan virke som et paradoks, altså at en ikke vil oppsøke helsehjelp fordi det en strever med er *for* unormalt. Dermed ligger det en frykt hos noen av disse kvinnene rundt hvordan de vil bli møtt av helsepersonell. Gunhild skriver om sin opplevelse med både helsesøster og lege:

Jeg tok kontakt med helsesøster flere ganger, men føler ikke at jeg får noe hjelp. Et godt voksent menneske, hun burde tatt det på alvor. Jeg tok kontakt med legen også, men ingen hjelp å få derfra. Jeg synes at det er veldig trist. De burde jo være der for å hjelpe. Jeg står liksom så alene om det, og får ikke noe hjelp. Jeg føler meg bare så hjelpeløs.

Gunhild opplever å ikke bli tatt på alvor og ikke få hjelp. Hun ender opp med å føle seg alene og hjelpeløs, og snur seg mot forumet for fellesskap og hjelp.

Den tredje gruppen foreldre som gir råd om å oppsøke helsehjelp anbefaler de andre foreldrene om å oppsøke spesialister. Det kan være råd om å dra på BUP, eller det kan være mer konkret å ta kontakt med en lege eller psykolog med barnespesialisering. Noen anbefaler også atferdsterapeuter. Medisinering er generelt lite diskutert på foraene, men der det dukker opp, skaper det stor debatt. Angela vurderer Risperdal til sønnen sin, mens Sølvi har fått skrevet ut Stesolid til sønnen sin som klorer og slår seg selv. Hun er usikker på om hun skal hente ut resepten, og kvier seg for å gi gutten medikamentet. Moren søker råd i forumet. Tina har følgende kommentar:

IKKE gi han Stesolid!! Vær så snill. Det høres ut som han sliter veldig psykisk. Ta han heller med til barnepsykolog i stedet. Finn ut HVA det er, ikke bare demp symptomene.

Tina stiller seg her svært kritisk til bruk av Stesolid, og fraråder moren å bruke det på sønnen sin. Unni, derimot, er uenig med Tina:

Jeg mener han bør få medisinen nå, og deretter oppsøke spesialist. Gutten må jo være utslitt og trenger å roe seg. Det er ikke noe galt i det. Det er ganske skremmende faktisk at så mange av dere ikke stoler på legens anbefalinger...

Unni mener altså at det er viktig å stole på legen, og at moren i dette tilfellet bør gi Stesolid. Sølvi står nå ovenfor to motstridende råd. Begge ser allikevel ut til å anbefale øvrig helsehjelp i form av spesialist.

4 Finne alternativer

Det fjerde rådet en del foreldre kommer med, er å finne alternativer til selvskadingen. Disse foreldrene er oppfinnsomme og aktive i sin søken etter å erstatte selvskadingen med en annen mer akseptert måte. Flere mødre forteller om hvordan TV er det eneste alternative som fungerer. En mor føler har vanskeligheter med å få kontakt med datteren sin i disse situasjonene, og det er ikke før hun setter henne foran tv-en at hun *snapper* ut av det. Vera har forsøkt både Paracet, mat, sang, trøst, lyset på, lyset av når datteren hennes slår hodet i sengen om natten. Ona foreslår å bruke en fast pute som barnet kan få slå hardt inn i, i stedet for å slå seg selv. Bonnie har prøvd det samme med sin sønn, og nå slår han hodet i puter og tramper på papp. Cherry vet om noe hun tror kan hjelpe. Hun foreslår å innføre ulike plastting med varierende fleksibilitet som barnet kan slå mot heller enn å slå i gulvet eller veggen. Hun tror det kan være lurt at foreldrene viser barnet hvordan de skal gjøre dette når de er rolige, og ikke nødvendigvis innføre det for første gang i en selvskadingssituasjon. Penny har lært seg å forutse når det bygger seg opp til en selvskadingsepisode, og hun prøver å være føre- var i forhold til sine to sønner. Hun forklarer hvordan hun møter guttene sine når det ser ut til at det går i retning av en selvskadingsepisode:

We find some awesomely fun sensory play to diffuse it before it happens. We wrap them in blankets and roll them around or tackle each other with pillows or body slams on the couch.

Hun prøver her å avlede sønnene fra å skade seg, ved å lede de mot morsomme og sterke sanseopplevelser. Carmen har også et forslag til hvordan man kan unngå selvskadingen preventivt. Hun har hørt om en familie som bruker en plastikkam som de drar over sønnen sin kropp hver morgen før han kler på seg. Disse foreldrene har altså tiltro til at det å fysisk stimulere barnet vil endre behovet hans for å selvskadet. De har en forståelse av at barnet har et underliggende behov for stimulering, og aksepterer dette behovet. Lauren jobber med *tidlig intervensjoner for små barn*, som er et program utviklet for å fange opp for sen- eller feilutvikling hos små barn de første leveårene. Hun mener også at selvskadingen ofte kan skyldes en søken etter sansestimulering, og forslår alt fra vibrerende leker og tannbørster til dyp massasje og harde klemmer for å møte barnets behov.

5 Følelsmessig bekreftelse og aksept

Det femte rådet handler om å gi følelsmessig bekreftelse og aksept, enten i situasjonen eller generelt. En del foreldre er opptatt av å bekrefte barnets opplevelse og vise aksept for følelsene de har. Ona forslår dette ovenfor en fortvilet mor:

Når hun viser sinne eller frustrasjon på en av disse måtene, så kom henne i møte med masse forståelse. Si f.eks.: 'Du er sint. Du er veldig sint. Du vil ha saft, og vi sier nei. Jeg ser at du er veldig sint. Det er greit.'

Ved å si at hun ser at barnet er sint, viser Ona at hun *ser* barnet, og tar del i hennes opplevelsverden. Denne speilingen kan gi barnet en følelse av å ikke være alene med de strevsomme følelsene. Samtidig gir Ona her et rasjonale som hjelper barnet å forstå hvorfor hun kan ha de følelsene hun har. Sist, viser hun aksept for barnets følelse, ved å si at det er greit å være sint. Også Åse er opptatt av å vise aksept for barnets følelser. Hun sier til gutten sin at han skal få være sint så lenge han vil, og at mamma vil passe på ham. Mens disse kvinnene har fokus på å akseptere følelsen av sinne og frustrasjon, er det mange som er mer opptatt av å vise aksept ovenfor barnet heller enn følelsen og atferden. Flere foreldre tenker at det er viktig å trøste barnet, og vise omsorg i selvskadingssituasjonen samtidig som de slår ned på atferden. Gina har en oppfatning av at det er viktig å vise omsorg, også ved grensesetting, og beskriver sine tanker rundt dette:

Etter en krangel skværer vi opp og gir en klem etterpå. Kanskje vi skal forsøke å korte ned tiden mellom 'nei' og klem, i tilfelle hun opplever en voldsom 'de er ikke glad i meg allikevel reaksjon' på å bli irettesatt?

Noen foreldre har en forståelse av at det er viktig å gi barnet mer ros og oppmerksomhet i hverdagen, for å unngå at selvskadingsepisodene i det hele tatt skal forekomme.

6 Stoppe den enkelte handlingen

Det sjette rådet foreldrene gir hverandre, går ut på å stoppe den enkelte handlingen verbalt eller fysisk. La oss først se på det å stoppe handlingen verbalt. En del foreldre forsøker å stoppe barnets atferd i situasjonen ved å komme med korte verbale irettesettelse slik som *ikke slå, fy og nei*. Andre kommer med lengre utsagn som er tuftet på barnets fornuft, slik som at de forsøker å forklare for barnet at det ikke er lov å skade seg, eller at det gjør vondt å skade seg selv. En mor forsøker å stoppe barnet sitt verbalt, men lurer på hvorvidt barnet er i stand til å ta imot en slik korrigering:

Jeg setter meg ned på huk og ser han inn i øynene. Jeg prøver å forklare at dette ikke er lov med en rolig stemme. Det verste er at han bare står og flirer av meg... Jeg lurer litt på om han er for liten til å skjønne når vi forklarer at ting ikke er lov, eller når vi sier nei?

Flere av foreldrene kjenner seg igjen i denne kvinnes opplevelse av at den verbale irettesettelsen ikke fungerer, og har gått over til å prøve å stoppe barnet fysisk. Det ser ut til at det er tre måter å stoppe barnet fysisk på. Den første måten innebærer å fysisk avgrense barnet fra å skade seg. Det kan for eksempel være å sette barnet i et rom uten møbler, legge barnet i en sprinkelseng eller sette barnet i Time-out. Anette bruker reisesenga til datteren som 'raseseng'. Det vil si at hun plasserer datteren i denne senga når hun blir sint, lar henne rase fra seg, og plukker henne opp når hun har roet seg. Angela binder sønnen fast i tripp-trappstolen, slik at han ikke får tatt tak i noe å slå seg selv med. Den andre måte å fysisk stoppe barnet på, er å holde igjen barnet. Flere foreldre forteller at de holder barnets armer, slik at de ikke får slått, klort eller klypt seg selv. For andre innebærer dette å holde barnet fast inntil seg. Paula foreslår å holde barnet såpass hardt at hun ikke kan vri seg løs, men ikke så hardt at det gjør vondt. Hun tror dette kan være en god strategi, da det gir et signal til barnet om at du som foreldre tar kontrollen når hun ikke selv klarer det. Andre forteller at de legger barnet ned på bakken for å klare å holde det i ro. Den tredje måten å fysisk stoppe handlingen på, innebærer å fysisk straffe barnet. Det er ikke mange foreldre som gjør dette, men de som gjør det, slår somregel barnet på rumpa eller klasker dem over hendene. Et foreldrepar sier at de kun klasker barnet moderat, mens et annet foreldrepar skriver at de forsøkte å slå barnet først, men etter at dette ikke fungerte, begynte de å overse ham. Det er generelt få menn som uttaler seg

på foraene, men når det komme til å slå barna, er det like mange menn som kvinner representert. Det er også her et skille mellom de norske og de engelskspråklige foraene. Det er opptil flere engelskspråklige innskrivere som nevner det å slå barnet som en mulig strategi for å hankses med selvskading hos barnet. Det er ingen av de norske forumene som nevner dette. Et par av innleggene går ut på at innskriverne har lest bøker om, og sett videoer av, en psykolog som også er pastor i USA som anbefaler denne metoden.

7 Lære andre måter å uttrykke seg på

Det syvende og siste rådet som er representert blant foreldrene handler om å la barna lære andre måter å uttrykke seg på. Disse foreldrene er opptatt av at barnet har noe de vil formidle, men at de gjør dette må en uhensiktsmessig måte gjennom å skade seg. Anna tror det kan være nyttig å hjelpe barnet å finne ut hva hun er sint for, for deretter til å sette ord på dette. Ona har forslag til hvordan en konkret kan gå frem for å hjelpe barnet til å klare å uttrykke sinne:

*Snakker hun så greit at det går an å lære henne å skrike 'jeg er sint, sint, SINT!!!'?
Gjerne sammen med henne. Det er lov å være sint når man ikke får det som man vil, iallfall når man er to. Og for øvrig snakke mye om følelser, både positive og negative.
Er språket veldig dårlig, kan du lære henne tegn til tale. For eksempel lage et tegn som betyr 'veldig sint.*

Ona oppfordrer til å snakke om følelsesspekteret som barnet innehar, og også å uttrykke seg verbalt i situasjonen. Britt sier hun har sammen med sin sønn utviklet en måte for han å uttrykke sinne på. Hun har lært sønnen å si "aaaahhh" hver gang han blir sint, slik at uttrykket blir verbalt, heller enn fysisk i form av selvskading.

Foreldrenes råd til hverandre- drøfting

Foreldrene gir hverandre en rekke ulike råd når det kommer til hvordan de best mulig kan hankses med selvskadingsatferd hos barna sine. I min undersøkelse har jeg funnet syv ulike grupper av råd. Rådene foreldrene gir hverandre er ulike på flere måter. Jeg vil her drøfte rådene i lys av hvor passive eller aktive de er, om de anbefaler å stoppe atferden umiddelbart eller går i retning av å jobbe preventivt, og sist en inndeling av rådene ut i fra om de svarer til barnets handlinger, tanker eller følelser.

Passivt- Aktivt: Foreldrene ser ut til å variere i henhold til hvor aktive foreldrene er i møte med barnets atferd. Rådet om å avvente kan sees på som et svært passivt råd i forhold til alle de andre rådene, selv om en av kvinnene i utvalget var med på å belyse hvordan det å avvente også til en viss grad kan være en aktiv holdning gjennom å be og håpe på endring. Disse rådene forholder seg mer aktivt til barnet på en eller annen måte. Det å skulle overse barnet kan umiddelbart høres ut som et mer passivt enn aktivt råd, men flere av foreldrene uttrykker at de synes dette er krevende, og at de må innta en aktivt overseende holdning til barnet. Det å oppsøke helsehjelp er det eneste rådet der foreldrene ikke er de eneste aktive aktørene, men der de også inkluderer andre i å få slutt på selvskadingen.

Stoppe umiddelbart- jobbe preventivt: Rådene foreldrene kommer med varierer i henhold til om de mener at intervensjonen burde inntre umiddelbart i situasjonen, eller om det krever at foreldrene jobber preventivt for å unngå at barnet selvskader i fremtiden. En av kategoriene går ut på å stoppe atferden umiddelbart enten fysisk eller psykisk. Når det kommer til de andre rådene, ser det ut til at det innad i kategoriene er noen som anbefaler å stoppe handlingen umiddelbart, mens andre ser for seg å gjøre tiltak som baserer seg på at barnet ikke vil selvskade i fremtiden. Innen kategorien som omhandler å finne alternativer, ser vi at noen foreldre er opptatt av å finne et alternativ til selvskadingen når den pågår, slik som å sette barnet foran TV-en, mens andre tenker seg at det kan være nyttig å gi barnet stimulering i det daglige for å unngå at barnet skal ha behov for å selvskade. Foreldrene som tror på å gi barnet følelsesmessig bekreftelse og aksept er også opptatt av både å gi dette i situasjonen, og i hverdagen. Når det kommer til foreldrene som ønsker å lære andre måter å uttrykke seg på, ser det ut til at disse både tenker på den umiddelbare situasjonen, og det å arbeide preventivt. De ser situasjonen som en mulighet til å lære barnet strategier som det kan bruke i lignende situasjoner senere, slik at behovet for å skade seg ikke skal være like stort. Det ser altså ut til at det er individuelle forskjeller mellom foreldrene heller enn mellom kategoriene når det kommer til om de tenker at en burde stoppe den umiddelbare handlingen eller om en skal jobbe for at barnet ikke skader seg i fremtiden.

Handlinger- tanker- følelser: Det ser ut til at rådene henvender seg til ulike deler i barnet. Når foreldrene velger å overse barnet kan det virke som om dette er rettet mot å endre atferden, uten å ta hensyn til hvordan det kan påvirke følelser og kognisjon. Den samme tendensen ser en der foreldrene ønsker å stoppe selvskadingen fysisk i situasjonen. Disse foreldrene tar heller ikke hensyn til hva barnet tenker rundt det å eksempelvis bli satt i Time-out, eller hvilke følelser som følger med det å bli fysisk slått av en voksen. Man skal allikevel være

forsiktig med denne typen slutninger, da det kan tenkes at foreldrene har et rasjonale for dette som ikke kommer frem på forumene. Andre råd ser ut til å henvende seg direkte til det tenkende i barnet, slik som foreldrene som ønsker å stoppe barnet verbalt. Når de forsøker å forklare noe for barnet, legger de til grunn at barnet er en mottaker som er i stand til å kognitivt prosessere det som blir sagt, og handle ut i fra dette. Sist er det noen foreldre som gir råd som appellerer til det følelsesmessige i barnet. Foreldrene som oppfordrer til å gi følelsesmessig bekreftelse og aksept tenker at det er gjennom følelsesregisteret at barnet vil endre atferd.

Hvilke råd man gir i en klinisk kontekst, vil avhenge av forståelsen av problematikken. Problemet her er at forståelsen sjelden legges frem sammen med rådene, og når det legges frem en forståelse, er denne ofte mangelfull. Dermed er det vanskelig å vurdere hvorvidt rådene foreldrene gir har paralleller til de rådene som fagfolk gir i klinisk sammenheng.

Diskusjon

Denne undersøkelsen har vist fem ulike måter foreldre forstår selvskadingsatferd på hos små barn, og syv ulike råd de gir hverandre i forbindelse med å håndtere denne atferden.

De fleste foreldrene i denne undersøkelsen har en forståelse av at det er noe *i* barnet som fører til selvskadingsatferden. Men det er også en god del som mener at det kan dreie seg om en påvirkning på barnet fra noe *utenfor* barnet. Innen utviklingspsykologisk teori er det en antagelse om at barnet former sin egen utvikling. Dette skjer ved at barnets individuelle trekk vekker ulike reaksjoner i andre, som igjen påvirker barnet og dets utvikling. Denne forståelsen er nærmest fraværende på de nettforaene jeg har utforsket.

Når foreldrene skriver om barna sine og de væremåten som bekymrer dem, oppgir de som regel lite informasjon. De fleste opplyser om barnets alder, og skriver litt om hvordan barnet skader seg, men de sier lite om den sammenhengen atferden foregår i. Noen skriver for eksempel at årsaken til at barnet selvskader er at de er trøtte eller at de er frustrert, men få utdyper ikke dette godt nok til at leseren får en komplett forståelse. De skriver for eksempel ikke noe om hvor ofte atferden forekommer, om det kan være andre mulige forløpere, eller om atferden alltid forekommer under de samme betingelsene. Videre opplyser foreldrene sjeldent om barnets relasjoner til andre, og hvordan dette kan spille inn. I det hele tatt er det en ganske knapp stil som preger foreldrenes framstillinger. Fordi hovedgrunnen til at foreldrene deltar på helserelaterte diskusjonsfora ofte er for å motta sosial støtte, er kanskje ikke nettforaene stedet for omfattende utgreiinger. Men det er et problemet forbundet med denne knappe formen, nemlig at foreldrene gir hverandre forståelser og råd basert på mangelfull informasjon. Hvis det eneste formålet er at man skal støtte hverandre, er det kanskje ikke så farlig hvor detaljert informasjon som presenteres. Men ut i fra et psykologisk behandlingsperspektiv blir det mangelfullt å presentere sin forståelse og sine råd basert kun på et symptom-bilde. Ut i fra en psykologisk forståelse er vi avhengig av å se på konteksten rundt barnet. Vi har også behov for å se på de mekanismene som påvirker atferden. Det vil si å undersøke trekk ved det enkelte barnet, og å utforske det miljøet barnet lever i, samt å se på hvordan disse påvirker hverandre. Vi må altså kjenne til den dynamikken som oppstår mellom barnet og miljøet for å kunne si noe om årsak, og deretter gi råd og behandling. Dette er viktig nettopp fordi vi med en psykologisk forståelse tenker oss at det samme symptomet kan ha ulike etiologi. Dette inkluderer også selvskading. Under psykologiutdannelsen gjenspeiles denne forståelsen via et pensum preget av en slik tankegang. Et eksempel på en lærebok innenfor

psykologisk behandling av barn, er Carrs "The handbook of child and adolescent clinical psychology- a contextual approach" (2005). Han vektlegger at utviklingen av psykologiske problemer hos barn er påvirket av flere ulike faktorer. Han nevner for det første biologiske faktorer i barnet slik som gener, pre og- perinatale komplikasjoner, samt tidligere skader og sykdom. For det andre, nevner han psykologiske faktorer i barnet, slik som intelligens, temperament, selvfølelse og opplevelsen av kontroll. For det tredje nevner han foreldrenes påvirkning på barnet gjennom at de selv har psykologiske eller fysiologiske problemer, at foreldrene har lav til tro til at de kan mestre oppdragerrollen, umodne forsvarsstrategier og feil antagelser om barns utvikling. For det fjerde nevner han faktorer i familien som påvirker barnet slik som foreldre- barn relasjonen, eksponering av familieproblemer og stress i barnets liv. For det femte nevner han faktorer i barnets sosiale nettverk som påvirker barnet, slik som venner, forhold til jevnaldrende, samt barnehage og skole. Disse faktorene kan igjen deles inn i det han kaller utløsende, opprettholdende og beskyttende faktorer. Alt dette virker sammen, og denne kompleksiteten må tas hensyn til når man skal forstå et psykologisk symptom og utarbeide passende behandlingstilnærming.

Det er forskning som har vist at foreldre kan endre sin forståelse av barns atferd basert på nye erfaringer og råd (Sigel, McGillicuddy- DeLisi & Goodnow, 1992). Dette betyr at nettsamfunn kan bli svært innflytelsesrike når det kommer til hvordan foreldre forstår og møter sitt barns atferd. I ytterste konsekvens kan en se for seg et nettforum der flere foreldre skriver at de har god erfaring med å fysisk straffe barna sine og at andre foreldre, som i utgangspunktet ikke ville benyttet seg av denne atferden, leser dette og tar i bruk fysisk avstraffelse atferd ovenfor barnet sitt. Samtidig kan en tenke seg at det i beste fall vil være kunnskapsrike foreldre som skriver om hvordan de lærer barna sine å sette ord på følelsene sine med eksempler på hvordan gjøre dette. Dette er i tråd med hva mange psykologer ville anbefalt, og disse foreldrene vil kunne endre sin atferd uten å måtte benytte seg av helsevesenet, noe de muligens hadde for høy terskel for i utgangspunktet. Da har foreldrene hjulpet noen som fagfolkene ikke har nådd frem til. Det som er problematisk med dette, er at det blir tilfeldig om den informasjonen foreldrene tilegner seg på nettfora får et godt eller dårlig utfall for barnet.

En begrensning ved å studere foreldreforståelse er at det ikke nødvendigvis gir informasjon om hvordan foreldrene faktisk oppdrar barna sine. Eksempelvis kan foreldrene ha post- hoc forklaringer. Altså at forståelsen de legger til grunn for handlingen, i realiteten har oppstått i etterkant som for å rettferdiggjøre handlingen. Foreldrene unngår på denne måten kognitiv

dissonans. Sammenhengen mellom kognisjon og handling er en stor debatt innen det psykologiske fagfeltet. Noen hevder at det er en sammenheng mellom foreldres forståelse og oppdragelsesstil. Andre problematiserer denne sammenhengen, og mener det trengs mer forskning på feltet.

Foreldrene i min studie gir som nevnt en rekke råd. I stor grad forteller de om hvordan rådene har fungert for deres barn. Faren ved å gi råd på denne måten er overgeneralisering.

Foreldrene legger til grunn en forståelse som bygger på at fordi et råd har fungert for ett barn med ett gitt symptom, fungerer det også for andre barn med samme symptom.

Selvskadingsatferd med ulik etiologi, årsak og funksjon kan som nevnt krever ulike intervensjoner. Intervensjoner som vil være til god hjelp for ett barn, kan være skadelig for et annet. Dermed kan foreldrene risikere å intervenere på en uhensiktsmessig måte. Eksempelvis er det å bruke atferdsrettet behandling ved selvskadingsatferd hos et barn med autisme en anerkjent og veldokumentert strategi som lenge har vært brukt i helsevesenet (Matson & LoVullo, 2008). Med atferdsrettet behandling mener jeg her den atferden som er ment å skulle endre barnets atferd med utgangspunkt i prinsipper om straff og belønning. Eksempelvis kan et barn oppleve belønning i form av oppmerksomhet ved selvskading, og foreldrenes strategi vil da kunne være å overse barnet for at barnet ikke skal oppleve denne forsterkende belønningen. Skulle en derimot generalisere denne strategien til et barn som selvskader av en annen årsak, slik som at barnet forsøker å kommunisere noe til den voksne, vil ikke dette nødvendigvis gjøre at selvskadingen tar slutt. Barnet kan i verste fall bli enda mer frustrert enn det allerede var over å ikke bli sett og hørt av den voksne, med det resultat at selvskadingen vil tilta. En annen fare ved en slik strategi, er at barnet slutter med atferden fordi det opplever å ikke blir hørt, og at barnet sitter igjen med en opplevelse av å være alene i det som er vanskelig. En tredje fare ved å overse barnet er at barnets selvutvikling blir forstyrret. Barn lærer å kjenne egne følelsestilstander ved hjelp av speiling: Ved at foreldrene intoner seg på barnets følelser og opplevelsesverden blir barnet kjent med seg selv og lærer på denne måten emosjonsregulering. Mangel på slik speilende kontakt er assosiert med senere emosjonell dysregulering (Vohs & Baumeister, 2010) og også selvskading senere i livet (Moe & Ribe, 2007)

Denne studien har belyst ulike forståelser foreldre har av selvskading hos sine barn. Studien har også sett på hvilke råd foreldrene gir hverandre. Undersøkelsen har ikke tatt for seg sammenhengen mellom foreldrenes forståelse og hvilke råd de gir. Altså om det er slik at foreldre som har en type forståelse, gir en type råd. Videre forskning kunne tatt for seg dette.

Det kunne også vært interessant om noen kunne sett på hvordan foreldrenes forståelse og råd påvirker barna og deres utviklingsforløp.

Denne studien bidrar til forskingsfeltet innen flere områder. For det første har den gitt innsikt i hvordan foreldre forstår selvskading hos små barn slik det kommer til uttrykk på nettfora.

Det er i arbeid med studien ikke funnet tidligere undersøkelser av dette. For det andre har denne undersøkelsen avdekket at foreldrene til tross utvidet kunnskap, ikke innehar en kompleks psykologisk forståelse av de mekanismene som inngår i barns selvskadingsatferd.

Dette tydeliggjør behovet for at psykologer formidler sin kunnskap til foreldre. For det tredje kan funn fra studien være til nytte for psykologer som møter foreldre og barn i klinisk praksis.

Det kan være nyttig å vite hva som er kulturelt vanlige forståelsesmåter av selvskading for å på best mulig måte kunne hjelpe disse familiene.

Referanser

The Association of Internet Researchers(AoIR) Hentet fra <http://www.aoir.org>

Berger, M., Wagner, T. H., & Baker, L. C. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Social science & medicine*, 61(8), 1821–1827.

Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609–620.

Bronfenbrenner, U. (1979a). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, 34(10), 844.

Bronfenbrenner, U. (1979b). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard Univ Pr.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental psychology*, 22(6), 723.

- Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, et al. (2008). Deliberate self-harm in children and adolescents: a qualitative study exploring the needs of parents and carers. *Clinical child psychology and psychiatry*, 13(4), 493–504.
- Carr, A. (1999). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. Psychology Press.
- Cotten, S. R., & Gupta, S. S. (2004). Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Social Science & Medicine*, 59(9), 1795–1806.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing Among Five Approaches*. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487.
- De Lissovoy, V. (1962). Head banging in early childhood. *Child development*, 33(1), 43–56.
- De Lissovoy, V. (1961). Head banging in early childhood: A study of incidence. *The Journal of Pediatrics*, 58(6), 803–805.

- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (2005) *The Sage handbook of qualitative research* (3rd. ed.)
Thousand Oaks, CA: Sage.
- De Souza, C. S., & Preece, J. (2004). A framework for analyzing and understanding online communities. *Interacting with Computers*, 16(3), 579–610.
- Durand, V. M., & Crimmins, D. B. (1988). Identifying the variables maintaining self-injurious behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders; Journal of Autism and Developmental Disorders*.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., Rizo, C., & Stern, A. (2004). Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *Bmj*, 328(7449), 1166.
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 283–289.

Finn, J., & Steele, T. (2010). Online Self-Help/Mutual Aid Groups in Mental Health Practice. *Mental Health Self-Help*, 87–105.

Fox S, Rainie L. The Online Health Care Revolution: How the Web Helps Americans Take Better Care of Themselves. Washington, DC: Pew Charitable Trusts; 2000.

Fox, S. (2005). *Health information online*. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project. Hentet fra www.pewinternet.org

Freud, A. (1963). The concept of developmental lines. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 245–265.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine de Gruyter.

Goodnow, J. J. (1988). Parents' ideas, actions, and feelings: Models and methods from developmental and social psychology. *Child development*, 286–320.

Gratz, K. L. (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192–205.

Green, A. H. (1967). Self-mutilation in schizophrenic children. *Archives of General Psychiatry*, 17(2), 234.

Fritz, H. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley and Sons.

Hiltz, S. R. (1985). *Online communities: A case study of the office of the future*. Intellect (UK).

Jensen, T. K. (2005). The interpretation of signs of child sexual abuse. *Culture & Psychology*, 11(4), 469–498.

Johannessen, A., Tufte, P.A., & Christoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utgave) Oslo: Abstrakt forlag.

Kelly, E. L. (1955). Consistency of the adult personality. *American Psychologist*, 10(11), 659.

Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239.

Kraut, R., Olson, J., Banaji, M., Bruckman, A., Cohen, J. & Couper, M. (2004). Psychological Research Online. Report of Board of Scientific Affairs' Advisory Group on the Conduct of Research on the Internet. *American Psychologist*. Vol. 59, No. 2, 105- 117

Kravitz, H., Rosenthal, V., Teplitz, Z., Murphy, J. B., & Lesser, R. E. (1960). A study of head-banging in infants and children. *Diseases of the nervous system*, 21, 203.

Kummervold, P. E., Gammon, D., Bergvik, S., Johnsen, J. A. ., Hasvold, T., & Rosenvinge, J. H. (2002). Social support in a wired world: use of online mental health forums in Norway. *Nordic journal of psychiatry*, 56(1), 59–65.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lee, R.M. (1993). *Doing research on sensitive topics*. London: Sage.

Levy, L. H. (1976). Self-help groups: Types and psychological processes. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 12(3), 310–322.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.

Lourie, R. S. (1949). The role of rhythmic patterns in childhood. *The American Journal of Psychiatry*.

Loevinger, J. (1959). Patterns of parenthood as theories of learning. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59(1), 148.

Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (2000). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Basic Books (AZ).

McLeod, J. (2011). *Qualitative Research in counselling and psychotherapy*. (2.ed.). London: Sage.

Maloney-Krichmar, D., & Preece, J. (2005). A multilevel analysis of sociability, usability, and community dynamics in an online health community. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction (TOCHI)*, 12(2), 201–232.

Malterud, K. (2004). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Markham, A. N., & Byam, N.K. (2009) *Internet inquiry: Conversations about method*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Matson, J. L., & LoVullo, S. V. (2008). A review of behavioral treatments for self-injurious behaviors of persons with autism spectrum disorders. *Behavior Modification*, 32(1), 61–76.
- McGillicuddy-DeLisi, A. V. (1982). Parental beliefs about developmental processes. *Human Development*, 25, 192-200
- Miller, S. A. (1988). Parents' beliefs about children's cognitive development. *Child development*, 259–285.
- Moe, A., & Ribe, K. (2007). *Selvskadningens dynamikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Morahan-Martin, J. M. (2004). How Internet users find, evaluate, and use online health information: A cross-cultural review. *CyberPsychology & Behavior*, 7(5), 497–510.
- Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA (2011). NOVA Notat 2/11. Hentet fra <http://www.nova.no/id/24063.0?longFormat=1>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, NESH (1999). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora. Hentet fra <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/Internett-forsking/>

Piaget, J. (1971). *The theory of stages in cognitive development* i B. Green, M. Ford, & G. Flamer (Red.), *Measurement and Piaget*, New York: McGraw-Hill.

Plantin, L., & Daneback, K. (2009). Parenthood, information and support on the internet. A literature review of research on parents and professionals online. *BMC Family Practice*, 10(1), 34.

Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasssstudier*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Preece, J. (2000). *Online Communities: Designing Usability and Supporting Socialbilty*. John Wiley & Sons, Inc.

Putnam, N., & Stein, M. (1985). Self-inflicted injuries in childhood. *Clinical pediatrics*, 24(9), 514–518.

Rheingold, H. (1993). *The virtual community: Finding comnection in a computerized world*. Addison-Wesley Longman Publishing Co., Inc.

- Santa Mina, E. E., Gallop, R. M. (1998). Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 793–800.
- Sigel, I. E., McGillicuddy-De Lisi, A. V., & Goodnow, J. J. (1992). *Parental belief systems: The psychological consequences for children*. Lawrence Erlbaum.
- Silberstein, R. M., Blackman, S., & Mandell, W. (1966). Autoerotic head banging: A reflection on the opportunism of infants. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry; Journal of the American Academy of Child Psychiatry*.
- Sillence, E., Briggs, P., Harris, P., & Fishwick, L. (2006a). Changes in online health usage over the last 5 years. *CHI'06 extended abstracts on Human factors in computing systems* (pp. 1331–1336).
- Sillence, E., Briggs, P., Harris, P., & Fishwick, L. (2006b). A framework for understanding trust factors in web-based health advice. *International Journal of Human-Computer Studies*, 64(8), 697–713.
- Silverman, D. (2006) *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*. (3rd ed.). London: Sage.

- Simm, R., Roen, K., & Daiches, A. (2008). Educational professionals' experiences of self-harm in primary school children: "You don't really believe, unless you see it". *Oxford Review of Education*, 34(2), 253–269.
- Spitz, R. A., & Wolf, K. M. (1946). Anaclitic Depression—An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood, II. *Psychoanalytic study of the child*, 2, 313–342.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis & developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531–554.
- Svartdal, F. (2009). *Psykologiens forskningsmetoder. En introduksjon*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- von Tetzchner, S. (2001). *Utviklingspsykologi: Barne- og ungdomsalderen*. Gyldendals Akademiske: Oslo
- Thaagard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Thompson, J. B. (1994). Social theory and the media. In D. Crowley & D. Michell (Eds.), *Communication theory today* (pp.27-49). Stanford, CA: Stanford University Press.

Tupa, M., & Berkson, G. (1999). Early development of self-injurious behaviors in infants with disabilities. *Gatlinburg Conference on Research and Theory in Intellectual and Developmental Disabilities, Charleston, SC.*

Turp, M. (2002). *Hidden self-harm: narratives from psychotherapy*. Jessica Kingsley Pub.

Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2010). *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. The Guilford Press: New York

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Studentlitteratur.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Burns & Oates.

Williams, P., Nicholas, D., & Huntington, P. (2003). Health information on the Internet: a qualitative study of NHS Direct Online users. *Aslib proceedings* (Vol. 55, pp. 304–312).

Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom.;[Deliberate self harm in adolescents]. *Tidsskr Nor L\aegeforen*, 123(16), 2241–5.